Prévention et contrôle des infections

dans les centres de la petite enfance

Guide d'intervention

LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Québec

Prévention et contrôle des infections

dans les centres de la petite enfance

Guide d'intervention

Données de catalogage avant publication (Canada)

Vedette principale au titre :

Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance : guide d'intervention

Comprend des réf. bibliogr. et un index.

ISBN 2-551-19565-9

1. Maladies infectieuses chez l'enfant – Prévention – Guides, manuels, etc. 2. Maladies infectieuses – Guides, manuels, etc. 3. Garderies – Salubrité – Guides, manuels, etc. 4. Enfants d'âge préscolaire – Santé et hygiène – Guides, manuels, etc. 5. Enfants – Santé et hygiène – Guides, manuels, etc. I. Lambert, Diane. II. Comité de prévention des infections dans les centres de la petite enfance du Québec.

RJ401.P73 2002 618.92'9 C2002-940524-6

Prévention et contrôle des infections

dans les centres de la petite enfance

Guide d'intervention

LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Québec

L'élaboration du contenu de cette publication a été coordonnée par
le ministère de la Santé et des Services sociaux
du Québec

Cette édition a été produite par
Les Publications du Québec
1550 D, rue Jean-Talon Nord
Sainte-Foy (Québec) G1N 2E5

Conception et réalisation graphique
Interscript

Révision linguistique
Micheline Savard

Illustrations
Bertrand Lachance,
tirées du volume « La santé des enfants »

Dépôt légal - 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-19565-9

© Gouvernement du Québec, 2002

Tous droits réservés pour tous pays.
La reproduction, par quelque procédé que ce soit, et la traduction, même partielles, sont interdites sans l'autorisation des Publications du Québec.

Comité de prévention des infections dans les centres de la petite enfance, 2002

Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale de la santé publique
en collaboration avec le ministère de la Famille et de l'Enfance

AVERTISSEMENT

Ce guide s'adresse aux professionnels de la santé. Les posologies qui y sont décrites sont données à titre d'information seulement. L'arrivée de nouveaux médicaments, des changements dans le dosage ou d'autres considérations peuvent justifier une posologie différente. Les utilisateurs seront donc bien avisés de consulter chaque fois les manuels et les protocoles cliniques en vigueur.

De même, bien qu'elles constituent une source d'informations intéressante pour tous les intervenants en milieu de garde, les sections « Mesures à prendre » et les lettres aux parents ne devraient être utilisées que sur la recommandation d'un professionnel de la santé.

À moins d'indication contraire, lorsque, dans ce guide, des indications sont données relativement aux installations des centres de la petite enfance, elles concernent également les garderies. Les indications fournies pour les services de garde en milieu familial sont parfois distinctes en raison du nombre moindre de personnes généralement impliquées, soit un adulte pour au maximum six enfants ou deux adultes, une responsable et une assistante pour au maximum neuf enfants. De la même manière, lorsque des indications s'adressent aux éducatrices, elles sont également destinées aux responsables des services de garde en milieu familial.

Étant donné que le personnel travaillant dans les services de garde est majoritairement féminin, on utilise dans ce document le terme *éducatrice* pour référer autant aux hommes qu'aux femmes. Autrement, on a recours au genre masculin pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Le contenu de cette publication a été réalisé par le Comité de prévention des infections dans les centres de la petite enfance du Québec. Les auteurs sont les suivants :

Élizabeth Bisson, inf., B. Sc., Unité des maladies infectieuses, Direction de la santé publique, RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec ;

Pierre Déry, M.D., pédiatre-infectiologue, Service de pédiatrie, CHUQ, pavillon CHUL ;

Marie-Patricia Gagné, Ph. D. (psychologie), agente de recherche, Direction du soutien à la qualité des services, ministère de la Famille et de l'Enfance, Montréal ;

Theresa Gyorkos, Ph. D., directrice adjointe, Service d'épidémiologie clinique, Centre universitaire de santé McGill ;

Alejandra Irace-Cima, M. Sc., agente de programmation et planification, Unité des maladies infectieuses, Direction de la santé publique de Laval ;

Valérie Lamarre, M.D., pédiatre, Service des maladies infectieuses, Hôpital Sainte-Justine ;

Diane Lambert, M.D., FCMF, médecin-conseil, Unité des maladies infectieuses, Direction de la santé publique, RRSSS de Laval ;

Ramona Rodrigues, M. Sc., inf., prévention des infections, Hôpital général du Lakeshore ;

Suzette Rousseau, inf., Association des CLSC et des CHSLD, CLSC des Hautes-Marées ;

Julio Soto, M.D., Ph. D., C.S. P.Q., conseiller scientifique, Unité de risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec ;

Louise-Thibault-Paquin, inf., agente de planification et programmation, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec.

Préface

C'est avec plaisir et fierté que la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux s'associe au Comité de prévention des infections dans les centres de la petite enfance du Québec pour présenter la nouvelle édition du guide de *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance*.

Un tel ouvrage, fondé sur des données scientifiques, nécessite qu'on mette chaque année à jour son contenu et les recommandations qui en découlent, afin d'orienter adéquatement les interventions de santé publique dans les centres de la petite enfance. C'est dans cette perspective que les membres du Comité, lequel est formé d'une équipe multidisciplinaire, ont produit cet outil de haute qualité scientifique adapté à la réalité d'intervention sur le terrain, là où, chaque jour, des activités de promotion, de prévention et de contrôle doivent être faites, afin d'assurer la santé des enfants.

L'intérêt marqué des intervenants de la santé pour ce volume est indéniable, et les commentaires recueillis sont élogieux. À titre de médecin-conseil en maladies infectieuses, j'ai eu l'occasion d'utiliser les versions antérieures de ce guide à maintes reprises, et je suis tout à fait convaincu de la qualité de son contenu. De plus, j'ai pu apprécier le côté pratique de cet outil, qui en fait un ouvrage de référence pour ceux qui doivent intervenir pour la protection de la santé publique.

Je tiens à réitérer que la santé des tout-petits constitue un volet important de notre mandat de protection de la santé publique et que les mesures pour la promouvoir s'inscrivent très bien dans l'esprit de la politique de la santé et du bien-être et dans le programme de santé publique présentement en élaboration. Nous continuerons, avec l'excellente collaboration du ministère de la Famille et de l'Enfance et la participation des intervenants du réseau de santé publique, à travailler pour mettre en place des mesures qui permettront de mieux contrôler et de diminuer l'incidence des maladies transmissibles dans les milieux de garde.

Au Comité de prévention des infections dans les centres de la petite enfance, je souhaite que la parution de cet ouvrage connaisse un franc succès et que leurs activités continuent de rayonner pour le mieux-être de nos tout-petits.

Horacio Arruda, M.D.

Directeur de la protection de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

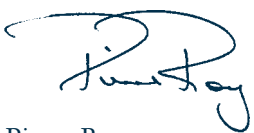
Avant-propos

Le ministère de la Famille et de l'Enfance s'associe avec fierté au guide d'intervention *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance*. Cette version révisée du guide constitue un atout pour la qualité des services de garde, car elle facilite l'exercice de leurs rôles préventifs et de soutien aux familles.

Les jeunes enfants étant vulnérables, les services de garde doivent appliquer plusieurs mesures d'hygiène et de prévention pour éviter la transmission des maladies infectieuses. Ces services doivent donc inclure dans leurs activités la prévention des infections. Cette tâche suscite la collaboration entre les milieux de garde et le réseau de la santé et des services sociaux.

Le ministère de la Famille et de l'Enfance considère cette publication utile pour favoriser l'engagement des professionnels de la santé. Issu des travaux du Comité de prévention des infections dans les centres de la petite enfance du Québec, cet ouvrage formule des recommandations à l'endroit des ministères de la Santé et des Services sociaux et de la Famille et de l'Enfance et donne aux professionnels de la santé des informations de pointe pour protéger les enfants et leurs familles. Sachant que toute la société profite de la bonne santé des enfants et de leurs familles, je remercie, en leur nom, l'équipe de rédaction et ses collaborateurs.

Le sous-ministre de la Famille et de l'Enfance,



Pierre Roy

Remerciements

Au nom de tous les membres du Comité de prévention des infections dans les centres de la petite enfance du Québec et du mien en particulier, j'exprime ma profonde reconnaissance à l'égard des ministères de la Santé et des Services sociaux et de la Famille et de l'Enfance du Québec, car leur soutien décisif a permis d'assurer le fonctionnement du comité responsable de l'élaboration de ce guide.

Ce travail de révision n'aurait pu être accompli sans la précieuse collaboration des institutions et des organismes desquels sont issus les membres actifs et les membres assurant la liaison, notamment : les directions de la santé publique de Laval, de la Maurice et du Centre-du-Québec, l'Institut national de santé publique du Québec, le Centre hospitalier universitaire de Québec (pavillon CHUL), le Centre universitaire de santé McGill, l'Hôpital Sainte-Justine, l'Hôpital général du Lakeshore et l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec.

Nous tenons à remercier tout particulièrement madame Alejandra Irace-Cima, secrétaire et membre actif du comité qui a joué un rôle déterminant dans la coordination du travail d'édition pour la préparation du manuscrit, les collaborateurs qui ont bien voulu prendre le temps de faire des commentaires et des suggestions, la Dre Claire Béliveau, de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le Dr Jean-Guy Bonnier, de la DSP de Montréal-Centre, et le Dr Yves Robert, du MSSS, notamment.

Nous remercions aussi, d'une part, la compagnie Merck Frosst, Division vaccins, pour le soutien financier qu'elle nous a apporté lors d'une rencontre du Comité pour la révision du guide et, d'autre part, les professionnels de la santé qui ont accueilli de façon enthousiaste les deux éditions précédentes du guide et nous ont encouragés à poursuivre la diffusion de nos recommandations.

Nous ne voulons pas oublier les enfants, les parents et les membres du personnel des centres de la petite enfance du Québec, car ils ont un rôle important à jouer dans l'implantation de nos recommandations. Il s'agit d'un bel exemple de responsabilité partagée pour le contrôle efficace des infections en milieu de garde et une source d'inspiration pour nos interventions en santé publique.

C'est ainsi avec gratitude, reconnaissance et aussi fierté du devoir accompli que les membres du Comité, et moi en particulier, présentons cette troisième édition.

Julio C. Soto, président

Merci à :

M^me^ Édith Akom
M^lle^ Florencia Bruno
D^re^ Monique Landry
M^me^ Cathie Lantier
D^r^ Bernard Laporte
M^me^ Sophie Veilleux
D^re^ Sylvie Venne

Un merci particulier à Madame Michèle Ouellette, secrétaire à l'Unité des maladies infectieuses de la Direction de la santé publique de Laval pour son soutien à la correction du manuscrit.

Table des matières

Introduction 17

Chapitre I Le réseau de la santé 19

Chapitre II La transmission des infections dans les centres de la petite enfance 23

Chapitre III La prévention et le contrôle des infections dans les centres de la petite enfance 27

Chapitre IV Les maladies infectieuses

- Amibiase 35
- Ankylostomiase 41
- Ascaridiase 45
- Bronchiolite à virus respiratoire syncytial 49
- Campylobactériose 54
- Candidose (moniliase buccale ou muguet) 60
- Chlamydia (Infection à) 63
- *Clostridium difficile* (Infection à) 70
- Conjonctivite (œil rouge) 75
- Coqueluche 80
- Coxsackie (Infection à) 90
- Cryptosporidiose 94
- Cytomégalovirus (Infection à) 99
- Dermatite de couches 103
- Diarrhée (Incluant la diarrhée épidémique) 106
- Diphtérie 112
- Échovirus (Infection à) 117
- Érythème infectieux (5e maladie) 120
- *Escherichia coli* (Gastro-entérite à) 124
- Folliculite et furoncle 132
- Gale 135
- Giardiase 143
- Gonorrhée 151
- *Haemophilus influenzae* de type b (Infection envahissante à) 154

Hépatite A 164
Hépatite B 179
Hépatite C 186
Hépatite D 189
Hépatite E 191
Herpès 193
Impétigo 199
Influenza (grippe) 204
Intoxication alimentaire 210
Laryngite striduleuse (faux croup) 216
Listeriose envahissante 219
Méningite virale 222
Molluscum contagiosum 226
Mononucléose infectieuse 228
Neisseria meningitidis (Infection à) 232
Oreillons 240
Otite moyenne aiguë 245
Oxyurose (entérobiase) 248
Pédiculose 253
Pharyngo-amygdalite streptococcique et scarlatine 262
Pharyngo-amygdalite virale 268
Pneumocoque (Infection à) 272
Pneumonie bactérienne 277
Pneumonie virale 282
Poliomyélite 285
Rage (Exposition au virus de la) 287
Rhume ou coryza 290
Roséole (Exanthème subit) 293
Rotavirus (Gastro-entérite à) 297
Rougeole 302
Rougeole et les immunoglobulines 307
Rubéole 310
Salmonellose (incluant la la fièvre typhoïde) 317
Shigellose 324
Streptocoque ß-hémolytique du groupe A (Infection envahissante à) 330
Tétanos 340
Tinea capitis 343

Tinea corporis **349**
Tinea pedis **355**
Toxocarose **358**
Tuberculose **362**
Varicelle et zona **370**
Verrues **383**
Vers intestinaux (Infestation par des) **386**
Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (Infection au) **390**
Yersiniose **394**

Chapitre V Conditions particulières associées aux centres de la petite enfance

La femme enceinte **399**
Les animaux **402**
L'enfant agressif ou l'enfant qui mord **405**
Les enfants immunosupprimés **408**
Les enfants souffrant de maladie cardiaque ou pulmonaire ou nés prématurément **409**
La fièvre **410**
Le pica **413**
Vaccination **414**

Chapitre VI Mesures d'hygiène

Le brossage des dents **415**
La désinfection des objets, des surfaces et des locaux **421**
Le lavage des mains **425**
Le mouchage, l'éternuement et la toux **428**
L'hygiène des aliments **429**

Liste des abréviations et des symboles **431**

Glossaire **433**

Bibliographie générale **441**

Bibliographie propre à chaque chapitre et section **443**

Index alphabétique des maladies **471**

ICÔNES

Maladie à déclaration obligatoire (MADO)

Intervention urgente

Entrer en communication téléphonique

Exclure du service de garde

Introduction

Les maladies infectieuses dans les centres de la petite enfance et les autres services de garde doivent être contrôlées, car elles peuvent constituer un problème important de santé publique. Les professionnels de la santé ainsi que les organismes du réseau de la santé continuent de multiplier leurs efforts, afin de mieux cerner les besoins et de proposer des solutions pour améliorer la qualité de vie de ce milieu.

Dans le but de soutenir leurs efforts, le Comité de prévention des infections dans les centres de la petite enfance du Québec, comité-conseil aux ministères de la Santé et des Services sociaux et de la Famille et de l'Enfance du Québec, a réédité pour la troisième année son guide d'intervention destiné aux professionnels de la santé, lequel est fondé sur les nouvelles données scientifiques.

Tout comme les éditions antérieures, la présente édition comporte six chapitres, un glossaire, une bibliographie générale et une autre propre à chaque chapitre et section, ainsi qu'un index et une liste des abréviations, des symboles et des icônes utilisés dans le texte.

Les trois premiers chapitres décrivent brièvement l'expérience du réseau de la santé et des services de garde québécois dans la prévention et le contrôle des infections. Des notions sur la transmission des infections, la prévention et les mesures de contrôle sont abordées.

Le chapitre quatre regroupe toutes les maladies infectieuses. Elles sont décrites de façon schématique à partir de données scientifiques actuelles provenant de la littérature mondiale ou de la consultation d'experts reconnus. Les maladies infectieuses susceptibles de déclencher une intervention de santé publique sont précédées par des symboles. Des exemples de lettres d'information aux parents ainsi que des « arbres décisionnels » permettant de représenter, de façon succincte, la succession des interventions recommandées sont fournis.

Le chapitre cinq traite de certains cas particuliers : la femme enceinte, l'enfant qui mord, les enfants immunosupprimés souffrant de maladie cardiaque ou pulmonaire, les animaux en service de garde, la fièvre, le pica et la vaccination.

Le chapitre six présente certaines mesures d'hygiène relatives au brossage des dents, au choix des couches, à leur manipulation et à leur changement, à la désinfection des objets, à la propreté des surfaces et des locaux, au lavage des mains, au mouchage, à l'éternuement, à la toux et à l'hygiène des aliments.

Dans ce guide, nous nous sommes efforcés de proposer une ligne de conduite conforme aux principes de santé publique et aux connaissances scientifiques récentes en tenant compte des besoins des parents, des enfants, des éducatrices et, surtout, de la réalité des centres de la petite enfance. Conçu principalement pour aider les infirmières et les médecins dans leur pratique quotidienne auprès de cette clientèle, ce manuel s'avère un outil facile à consulter. Nous espérons qu'il vous sera utile et vous amènera à collaborer avec les professionnels et les organismes concernés pour le mieux-être des enfants.

Chapitre 1

Le réseau de la santé

Depuis septembre 1997, le Québec s'est doté d'un réseau de centres de la petite enfance qui offrent des services de garde éducatifs en installation et en milieu familial. D'autres services, en garderie, en halte-garderie et dans des jardins d'enfants, complètent ce réseau. Tous les services de garde du Québec sont privés. Certains sont à but lucratif, d'autres non. Ces services peuvent être régis ou non ; ces derniers sont de moins en moins nombreux. Les centres de la petite enfance sont quant à eux sans but lucratif et gérés par un conseil d'administration composé majoritairement de parents.

Les services de garde à l'enfance sont devenus aujourd'hui de véritables piliers sur lesquels repose la nouvelle structure familiale de notre société. Ils ont connu depuis les vingt dernières années un développement important. Au 31 mars 1981, le Québec disposait de 20 689 places en garderie et de 794 places en milieu familial. En 16 ans, le nombre de places est passé respectivement à 58 536 et à 20 328. Le 30 septembre 2001, on comptait 139 683 places en services de garde ainsi réparties : 25 666 places en garderies, 54 740 places au volet « installation » des centres de la petite enfance ainsi que 59 277 places à leur volet « milieu familial ». Le MFE a annoncé en novembre 2001 qu'il comptait mettre en chantier plus de 80 nouvelles installations de CPE, ce qui permettra d'offrir 5000 places supplémentaires. Ce projet sera complété en 2003-2004. C'est donc à un développement accéléré du réseau des services de garde régis auquel nous assistons présentement. Et il se poursuit, puisque le MFE entend offrir 200 000 places en 2005-2006.

L'évolution des services de garde a attiré l'attention des professionnels de la santé (pédiatres, médecins de famille, infirmières et intervenants en santé publique) qui ont, au fil des ans, développé une expertise reconnue relativement à cette problématique.

Des études ont démontré le risque réel de transmission de micro-organismes dans le milieu de garde et, conséquemment, de propagation à l'intérieur du foyer des enfants et au sein de la communauté. Les caractéristiques des jeunes enfants ainsi que les ressources et l'aménagement de certains établissements facilitent cette transmission. Le réseau de la santé publique représente certainement l'organisation la mieux qualifiée pour intervenir, en collaboration avec le réseau des services de garde, en cas de besoin.

Pour résoudre le problème des infections en service de garde, le réseau de la santé a dû s'adapter. Nous pouvons délimiter trois grandes étapes de son évolution, lesquelles sont décrites ci-dessous.

Sensibilisation au problème des infections (période précédant 1984)

En raison des épidémies observées en service de garde avant 1984, ce milieu a été perçu comme faisant partie du problème. On semblait sous-estimer le rôle social des services de garde. Certains professionnels de la santé appelés à traiter des maladies infectieuses chez les enfants fréquentant un service de garde croyaient que la meilleure solution était de retirer les enfants de ce milieu. Une telle approche culpabilisait les parents, surtout les femmes, sans nécessairement apporter l'effet désiré. Par ailleurs, durant cette période, des études nous ont permis de mieux comprendre le phénomène de la transmission des infections en service de garde et de mettre au point des moyens de contrôle pour l'enrayer.

Organisation des moyens de prévention et de contrôle (période 1984-1988)

Après 1984, on est devenu conscient de la nécessité d'une réglementation et d'une politique de santé publique visant les établissements et les services concernés. Ainsi, plusieurs démarches ont permis des expériences de collaboration et de partage des responsabilités entre le réseau des services de garde et celui de la santé. La publication, en 1985, d'un livre destiné au personnel des services de garde, *Des enfants gardés... en santé*; la création du Comité provincial des maladies infectieuses en services de garde (CPMISG); la mise sur pied, en 1986, d'un comité-conseil au ministère de la Santé et des Services sociaux et à l'Office des services de garde à l'enfance; la première édition du guide d'intervention *Les infections en garderie*, parue en 1988; le colloque *La santé ...ça se garde* sur la prévention des infections dans le milieu de garde, tenu à Montréal en 1988, constituent de bons exemples de cet effort de concertation.

Réalisations dans le contrôle des infections (période de 1989 à ce jour)

On reconnaît que la responsabilité de promouvoir la santé doit être partagée entre tous les secteurs (familles, services de garde et gouvernements). On souligne l'importance de la formation et de l'éducation continue du personnel des services de garde. Grâce à des subventions, telles que la Caisse d'aide aux projets en matière de garde des enfants (Santé et Bien-être social Canada), on a pu réaliser plusieurs études et projets intéressants qui ont contribué à l'amélioration de la qualité de vie en service de garde; par exemple, le projet de prévention des infections en garderie (de 1989 à 1992), basé sur un système de surveillance épidémiologique et sur l'enseignement d'une technique de lavage des mains, lequel a permis de diminuer la diarrhée et les infections des voies respiratoires supérieures (rhume) en service de garde de 72 et de 54%, respectivement.

L'étude « Enviro-net », réalisée au Québec entre 1996 et 1997, a corroboré l'impact positif des mesures d'hygiène sur l'incidence des maladies infectieuses en milieu de garde. En particulier, les chercheurs ont démontré que, lorsque les éducatrices notaient la présence des épisodes de diarrhée sur un calendrier, cela permettait de diminuer ceux-ci de plus d'un tiers. À la suite des résultats obtenus, plusieurs établissements d'enseignement ont intégré un volet sur la prévention des infections dans leurs programmes de formation du personnel de garde.

Aux échelles locale et régionale, des équipes de recherche et des professionnels du réseau de la santé publique ont mis au point des outils éducatifs s'adressant soit aux enfants, soit au personnel des services de garde ou aux professionnels de la santé : les vidéos Bye bye les microbes et Les microbes à la garderie, ainsi que les planches et les cassettes audio et vidéo Ça va mal à Épidémicity. On a également publié plusieurs livres et guides sur la santé, tels que : *Le milieu de garde*, *Les microbes et mon enfant*, *Prévenir les infections en garderie*, *La santé des enfants en garderie : guide de l'intervenant*, *Le bien-être des enfants* et *Vivre avec les microbes*.

En 1998, le Comité de prévention des infections dans les centres de la petite enfance du Québec (CPICPEQ, ex-CPMISG) a, grâce au soutien du ministère de la Famille et de l'Enfance, mis à la disponibilité du personnel éducateur et des intervenants de la santé le bulletin « Bye-bye les microbes » ; maintenant distribué en 18 000 exemplaires.

Dans le but de soutenir les interventions en matière d'éducation sanitaire dans le milieu de garde, on a développé en 2000 de nouveaux outils : *La santé des enfants… en services de garde éducatifs* (révision du guide *Des enfants gardés… en santé*) et le site Web du CPICPEQ.

Des échanges d'expériences à l'échelle internationale ont aussi incité à élargir les objectifs de santé pour inclure les aspects liés à la protection des individus (immunisation), à l'environnement, à la qualité de l'air à l'intérieur des établissements ainsi qu'à la santé psychologique et sociale des enfants et du personnel. Certaines de ces questions ont par ailleurs déjà fait l'objet de travaux, mais dans une perspective non directement liée aux infections.

Des professionnels québécois ont participé activement à plusieurs événements scientifiques internationaux : la Conférence internationale sur la santé en garderie (science, prévention et pratique) organisée par les Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, États-Unis, 1992), la première réunion d'experts internationaux pour préparer un protocole de recherche et d'intervention sur les infections en service de garde à l'enfance, réalisée sous les auspices de la France et du Québec dans le cadre des Entretiens Jacques Cartier (Lyon, France, 1993), et le Cours international d'éducation sanitaire pour le personnel des centres de la petite enfance (La Havane, Cuba, 1999), réalisé en collaboration avec l'Institut National d'Hygiène, Épidémiologie et Microbiologie de Cuba.

D'un autre côté, ce sont le personnel des services de garde, les parents et les enfants qui détiennent une partie de la solution visant à assurer un contrôle efficace des infections dans les centres de la petite enfance. Le réseau de la santé doit toutefois demeurer présent pour soutenir le milieu de garde dans ses efforts de prévention et de promotion. Il est aussi important et nécessaire que les divers gouvernements (fédéral, provincial et municipal) donnent un appui favorable au développement de services de garde capables d'offrir un environnement sain et sécuritaire à notre ressource la plus précieuse : nos enfants.

Les services de garde à l'enfance constituent un lieu privilégié pour se rapprocher de plus de 140 000 enfants et leurs parents, ainsi que de nombreux adultes travaillant dans les différents milieux de garde, qu'il s'agisse d'éducatrices (elles étaient environ 12 000 en décembre 2000) ou de responsables des services de garde en milieu familial (on en dénombrait 8000 en mars 2000).

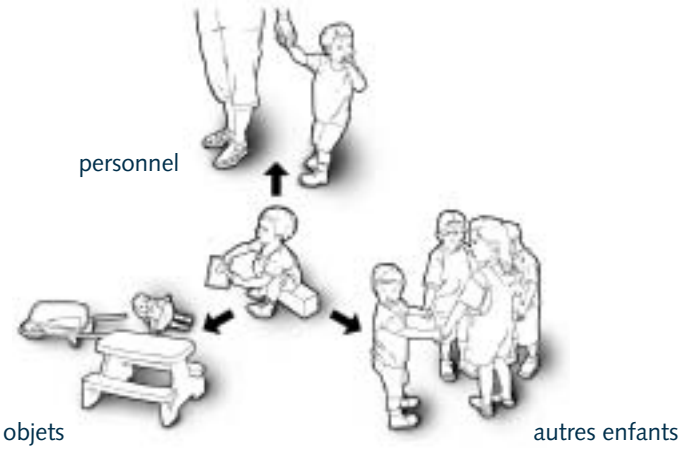
Chapitre 2

La transmission des infections dans les centres de la petite enfance

Le service de garde constitue un milieu où la transmission des micro-organismes est particulièrement facile. Il est donc indispensable de comprendre le mécanisme de transmission d'une infection, afin d'adopter des mesures de contrôle et de prévention appropriées. La majorité des agents infectieux sont transférés à un hôte réceptif (enfant ou adulte) à partir d'une source présente dans le milieu de garde. L'infection se transmet ainsi par des personnes déjà infectées ou par des objets contaminés (hochet, pâte à modeler, sable, etc.). Les objets que les enfants portent à leur bouche sont des véhicules de transmission des infections, surtout si on considère qu'un trottineur porte un objet à sa bouche toutes les trois minutes ! L'infection peut également se propager d'un individu infecté à une personne saine (d'enfant à enfant, d'enfant à adulte ou d'adulte à enfant).

La figure 1 illustre la transmission des infections dans les services de garde. Un hôte porteur peut être à l'origine (sujet) de la transmission d'un agent infectieux. Dans ce milieu, les véhicules de transmission des agents microbiens sont les mains, les objets, les surfaces, les excrétions et les liquides biologiques (selles, urine, salive, sang). D'autres agents sont véhiculés par des particules aériennes (gouttelettes) provenant du tractus respiratoire.

Transmission des infections dans les services de garde



Dans une perspective de santé publique, nous pouvons regrouper en quatre groupes les maladies susceptibles d'être rencontrées en service de garde (tableau 1).

Tableau 1 Maladies susceptibles d'être rencontrées en service de garde

MALADIES OU TYPES DE MALADIES			
Respiratoires	Entériques	Évitables par vaccination	D'intérêt épidémiologique
Rhume	Diarrée épidémique	Coqueluche	Conjonctivite
Otite moyenne	Giardiase	Rougeole	Érythème infectieux
Laryngite	Salmonellose	Rubéole	Impétigo
Pharyngite	Shigellose	Infection sévère à Hib	Pédiculose
Influenza	Yersiniose	Oreillons	Syndrome pied-main-bouche
Pneumonie	Cryptosporidiose	Hépatites A et B	Varicelle

L'épidémiologie des infections dans les services de garde est déterminée par divers facteurs qui influencent le mode de transmission des agents infectieux (voir Tableau 2).

Facteurs associés à l'hôte

La plupart des facteurs associés à l'hôte sont liés à l'âge des enfants : immaturité immunologique, habitude de porter des objets à la bouche, port de couches, non-acquisition de certaines habitudes d'hygiène, dépendance par rapport à l'adulte, besoin de contacts physiques fréquents, présence d'infections asymptomatiques, contagiosité avant le début des symptômes et pendant la convalescence, anatomie de la trompe d'Eustache. La présence d'enfants et d'adultes non immunisés ou réceptifs constitue aussi un facteur important qui facilite la transmission des maladies infectieuses.

Il a été établi que les enfants fréquentant un service de garde à plein temps courent un risque jusqu'à trois fois plus élevé de contracter des infections que des enfants du même âge demeurant à la maison. Or, cette différence semble s'inverser à l'école. En effet, selon certaines études, la fréquentation d'un service de garde aurait un effet « protecteur » en permettant aux enfants d'acquérir une immunité contre certaines infections.

Facteurs associés à l'agent infectieux

Lorsque les caractéristiques microbiologiques des agents (inoculum, pathogénicité, virulence, etc.) entrent en interaction avec l'hôte, elles constituent des facteurs déterminants dans le développement d'une infection. La viabilité et la survie des micro-organismes dépendent de leur environnement.

Ainsi, les micro-organismes peuvent survivre et demeurer infectieux pour une durée variable, selon leur propre viabilité, mais aussi selon les conditions du milieu et la surface sur laquelle ils se trouvent. Par exemple, les œufs de certains parasites peuvent survivre plusieurs mois dans certaines conditions de température et d'humidité. D'autre part, le rotavirus, un des agents responsables de la diarrhée, peut survivre plusieurs semaines sur un comptoir non poreux (voir Tableau 3).

Facteurs associés à l'environnement

Les sources d'infections peuvent provenir de l'environnement autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du service de garde. Le transport quotidien des enfants de la maison au service de garde et la présence de réservoirs infectieux dans la famille et la communauté contribuent à l'introduction des micro-organismes dans le service de garde.

À l'intérieur, l'humidité relative et la température des pièces peuvent influencer le potentiel infectieux de la plupart des virus et des bactéries. À l'extérieur, la survie des micro-organismes dépend des conditions climatiques. Par exemple, le climat estival et la présence d'animaux peuvent favoriser la croissance de Toxocara dans les carrés de sable. Les enfants qui participent à des activités extérieures risquent d'être contaminés. En revanche, sortir dehors prendre l'air diminue le risque de contracter une infection des voies respiratoires supérieures. Comme quoi les facteurs en jeu sont interreliés à d'autres.

L'incidence et la prévalence des infections sont aussi influencées par les caractéristiques physiques et le mode d'organisation des services de garde : superficie et volume des locaux, rapport enfants/éducateurs, nombre de toilettes, de lavabos, de portes et de fenêtres, entretien des locaux, ventilation et qualité de l'air à l'intérieur. Ainsi, la fréquence des maladies respiratoires peut diminuer lorsque la dimension des locaux convient au nombre de personnes qui les fréquentent. L'application d'une politique de nettoyage, d'hygiène des locaux et de l'équipement, de même qu'une ventilation adéquate, diminuent également la transmission des micro-organismes.

Tableau 2 Épidémiologie des infections dans les services de garde

FACTEURS DÉTERMINANTS		
Hôte	Agent infectieux	Environnement
État immunitaire	Inoculum	Taille de la garderie et rapport enfants/éducateurs
Comportement	Fréquence de l'excrétion	Critères d'admission et d'exclusion
Développement psychomoteur	Durée de survie	Santé et formation des employés
Être porteur de couche	Mode de transmission	Ressources et installations
Être porteur	Réservoir	Aménagement, hygiène, air à l'intérieur
Particularité anatomique	Virulence, pathogénicité	Saison, conditions climatiques

Tableau 3 Durée de survie d'agents infectieux sur différentes surfaces

AGENT SURFACE	Peau (mains)	Comptoirs	Papier	Vêtements, literie	Gants de caoutchouc
Cytomégalovirus	30 min	8 h	2 h		< 5 min
Entérovirus (rotavirus, poliovirus, virus de Coxsackie, échovirus)	4 h	30 min à > 2 sem.		2 à 12 jours	
Giardia lamblia	2 à 6 mois				
Haemophilus influenzae de type b			48 h		
Hépatite A		2 sem.			
Hépatite B		1 sem.			
Influenza A et B	5 min	24 à 48 h	8 à 12 h	8 à 12 h	
Staph. aureus	3 h				
Virus herpès	2 h	4 h		3 h	
Virus respiratoire syncytial	30 min	8 h	30 à 45 min	1 à 2 h	90 min

Chapitre 3

La prévention et le contrôle des infections dans les centres de la petite enfance

On ne peut pas toujours éradiquer les maladies infectieuses, mais on peut les contrôler en éliminant ou en réduisant la source d'infection, en interrompant leur transmission ou en protégeant les personnes vulnérables. Pour ce faire, on doit disposer de renseignements sur les modes de transmission des agents infectieux en cause, les conditions de l'environnement, les moyens de protection existants et la réalité socio-économique du service de garde. Le contrôle des infections concerne à la fois les personnes travaillant dans les services de garde, les professionnels de la santé et les familles.

Le tableau 4 présente des mesures importantes à adopter pour réduire le risque d'infection dans les services de garde à l'enfance (ces mesures sont décrites à la suite du tableau). Le défi est d'intégrer toutes ces mesures dans un programme permanent et dans une politique homogène de contrôle des infections dans le milieu.

Tableau 4 Mesures de contrôle des infections dans les centres de la petite enfance

Protection de l'hôte	Élimination des agents	Protection du milieu
Formation et éducation	Traitement et prophylaxie	Adoption de normes de qualité
Pratiques d'hygiène	Nettoyage et désinfection	Adoption d'une politique d'exclusion
Immunisation	Maintien de la qualité de l'air à l'intérieur	Surveillance épidémiologique

Protection de l'hôte

Formation et éducation

La plupart des experts reconnaissent que la formation du personnel et son soutien constituent un outil très efficace dans le contrôle des infections en service de garde. Des études ont démontré que, dans les centres de la petite enfance où était introduit un programme de formation pour le contrôle des infections, le taux d'incidence de la diarrhée était beaucoup plus faible que dans des services de garde ne bénéficiant pas d'un

tel programme. La formation du personnel de garde devrait comprendre les sujets suivants : hygiène, préparation et conservation des aliments, symptômes des maladies, méthodes de contrôle des infections (incluant la participation à la surveillance épidémiologique) et qualité de l'environnement (intérieur et extérieur).

Pratiques d'hygiène

L'hygiène consiste en un ensemble de principes et de pratiques visant à préserver et à améliorer la santé. Le renforcement des mesures élémentaires d'hygiène s'est révélé très efficace pour contrer les infections dans les services de garde. Les principales pratiques d'hygiène sur lesquelles nous pouvons agir directement sont le lavage des mains et le mouchage. Le lavage des mains constitue la mesure d'hygiène la plus importante et la plus efficace pour prévenir les infections en service de garde, puisque ce sont les mains qui se trouvent le plus souvent en contact avec l'environnement et, de ce fait, qui sont les plus exposées à la contamination. La flore potentiellement pathogène se retrouve de façon transitoire sur les couches superficielles de la peau. Ces micro-organismes sont capables de survivre sur la peau des mains et de causer une infection.

Des normes ont été établies pour souligner l'importance d'une séparation physique entre les endroits où l'on prépare la nourriture et ceux où l'on change les couches. De plus, le personnel de la cuisine ne doit pas prodiguer des soins aux enfants alors qu'il est affecté à des travaux liés à l'alimentation. L'utilisation de couches jetables, de tables à langer, de toilettes et de lavabos propres et suffisamment nombreux, de savon, d'eau chaude et de serviettes jetables en papier constituent autant de des facteurs favorisant l'application des normes d'hygiène recommandées. De plus, l'apprentissage et la mise en pratique de bonnes techniques pour des tâches routinières, comme le changement des couches et la désinfection de la table à langer, peuvent avoir une incidence sur les infections.

Immunisation

L'immunisation est le moyen le plus efficace de prévenir des infections potentiellement graves, telles que le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole, les oreillons, la rubéole, les infections à Hæmophilus influenzæ de type b, les hépatites A et B, la grippe, la varicelle et la méningite à méningocoque. Au Québec, malgré des programmes de vaccination accessibles et gratuits, il arrive que des cas de maladies évitables par la vaccination soient signalés dans les services de garde. Une couverture vaccinale inadéquate par rapport à l'âge peut expliquer ces ratés. En effet, selon certaines études sur la couverture vaccinale, il semble qu'il y ait des retards dans l'administration des vaccins après l'âge d'un an. La vigilance est donc de mise en ce qui concerne les enfants de cet âge.

Advenant l'apparition d'une maladie évitable par la vaccination, les personnes non vaccinées refusant de l'être pourraient être exclues temporairement du service de garde (les périodes d'exclusion varient selon la maladie). Cette mesure d'exclusion exceptionnelle peut être appliquée par le directeur de la santé publique lorsque la situation le justifie. Tous les enfants, les membres du personnel et les stagiaires devraient donc être immunisés contre les maladies visées par le programme habituel d'immunisation proposé par le MSSS.

Les services de garde devraient tenir à jour un dossier d'immunisation pour tous les enfants et les membres du personnel. Ce dossier devrait contenir l'information que l'on trouve sur le carnet d'immunisation et être vérifié tous les six mois, afin de le mettre à jour s'il y a lieu. L'évaluation de l'état immunitaire des enfants et des membres du personnel doit être faite de préférence par une infirmière ou un médecin collaborant avec le service de garde. Les stagiaires doivent fournir leur carnet d'immunisation au service de garde. La mise à jour de la vaccination et la tenue du dossier d'immunisation des stagiaires relèvent de l'établissement d'enseignement et non du service de garde. La situation vaccinale des stagiaires devrait être complète avant le début des stages.

Élimination des agents

Traitement et prophylaxie

La première mesure d'élimination d'un agent pathogène consiste à traiter la personne malade (sujet) et, selon le cas, à appliquer la prophylaxie pour les contacts. Dans certaines circonstances (par exemple, pendant une épidémie incontrôlable de giardiase), on devra traiter les porteurs du parasite détectés par des analyses de laboratoire, qu'ils soient symptomatiques ou non.

Nettoyage et désinfection

Le lavage et la désinfection des objets, des surfaces, des planchers et de l'équipement permettent en tout temps de briser le cycle de transmission de l'infection. Ces pratiques ne sont efficaces que si les produits utilisés sont adéquats, les techniques, rigoureusement appliquées, et les normes concernant la fréquence d'application diffusées par le ministère de la Famille et de l'Enfance, respectées.

▲ Pratiques de base

Les pratiques de base visent à réduire le risque d'exposition au sang et à d'autres liquides biologiques. Ces précautions, qui comprennent l'application de « méthodes-barrières » (lavage des mains, port de gants et utilisation de pansements sur les plaies), la manipulation sécuritaire des objets tranchants ou piquants et les techniques de nettoyage et de désinfection des objets et des surfaces, doivent être prises en tout temps, pour chaque personne.

Une peau saine et propre constituant une barrière efficace contre les infections, le lavage des mains revêt une grande importance, particulièrement lorsque celles-ci sont souillées de sang ou d'un liquide biologique. On conseille également de les laver après avoir porté des gants.

Le port de gants est particulièrement recommandé lorsque les mains sont susceptibles d'entrer en contact avec du sang et qu'elles présentent une atteinte cutanée (plaie récente de moins de 24 heures, dermatose), ou lorsque la quantité de sang est telle que ce dernier risque de traverser ce qu'on utilise pour l'éponger (essuie-tout, mouchoir).

Les services de garde devraient prendre les dispositions nécessaires pour que des gants jetables et non réutilisables soient à la portée du personnel, autant à l'intérieur qu'à l'extérieur. En milieu hospitalier, on a signalé des allergies chez les utilisateurs de gants de latex. Sachez qu'on trouve sur le marché des gants en vinyle et en divers autres matériaux pour les personnes présentant des allergies au latex. VEUILLEZ NOTER QUE LE NIVEAU DE RISQUE, LIÉ AU CONTACT AVEC DU SANG, NE JUSTIFIE NULLEMENT DE TARDER À PRODIGUER DES SOINS URGENTS À UN ENFANT, MÊME SANS GANTS.

Toute blessure, plaie, coupure ou éraflure, particulièrement au niveau des mains, doit être soignée rapidement et recouverte d'un pansement adéquat. On doit surveiller systématiquement la manipulation des objets tranchants et piquants, afin de s'assurer que ceux-ci n'occasionnent pas de blessure ou de saignement. Lorsqu'on trouve un de ces objets, on doit le déposer dans un contenant rigide résistant aux perforations, lequel doit être placé hors de la portée des enfants.

Le nettoyage et la désinfection des surfaces, des jouets et des objets souillés de sang doivent être faits de la manière suivante : il faut manipuler les objets souillés à l'aide de gants, éponger le sang avec un tissu absorbant (papier essuie-tout), laver les objets et les surfaces avec de l'eau savonneuse, les désinfecter avec une solution d'eau javellisée à une concentration de 1 :10 (une partie d'eau de Javel à usage domestique à une concentration de 5 à 6 % pour neuf parties d'eau), laisser la solution agir pendant deux à trois minutes, puis rincer à fond. Pour les vêtements tachés de sang, un trempage à l'eau froide suivi d'un lavage normal à l'eau chaude savonneuse suffit. Si les gants utilisés sont en caoutchouc, ils devront être lavés et désinfectés avant d'être réutilisés ; si des gants de latex ont été utilisés, il faut les jeter dans une poubelle fermée.

▲ Solution désinfectante recommandée

La solution désinfectante recommandée est l'eau javellisée à une concentration de 1:10. On a en effet démontré son efficacité à contrer la plupart des micro-organismes pathogènes présents dans un service de garde. À cette concentration, l'action par contact est très rapide (de quelques secondes à quelques minutes selon l'agent et la quantité de matière souillée), et le pouvoir désinfectant demeure même après un entreposage prolongé (au moins quinze jours si la solution est gardée dans un contenant à l'abri de la lumière). Des solutions plus diluées (1:50, 1:75, 1:100) requièrent au moins dix minutes de contact avec la surface souillée, et elles doivent être renouvelées plus souvent. Il est important de laver d'abord et de désinfecter par la suite, car les désinfectants n'agissent pas en présence de savon, de gras et de saleté. Pour toute surface susceptible d'être en contact avec les aliments et pour les objets que l'enfant porte à sa bouche, il faut rincer à fond après avoir désinfecté.

▲ Surfaces et aires de jeu

Les services de garde ont habituellement deux types de surfaces sablées : le carré de sable et l'aire de jeux extérieure. Ces surfaces doivent être inspectées et ratissées avant que les enfants l'utilisent, afin de vérifier la présence de selles d'animaux ou de tout débris dangereux. Il est recommandé de traiter toutes les deux semaines le sable avec une solution d'eau de Javel à une concentration de 5 à 6 % diluée dans une proportion de 1:10. Ensuite, il faut rincer le tout avec de l'eau. De plus, on doit attendre 24 heures avant de permettre aux enfants de jouer dans cet espace. Lorsque c'est possible, le carré de sable devrait être recouvert d'une enveloppe (filet de nylon), afin de permettre à l'air de circuler et d'empêcher la contamination par les selles d'animaux. En plus, on devrait aérer le sable chaque jour avec un râteau.

Le type de pataugeoires utilisé dans les services de garde contient généralement un petit volume d'eau et ne possède pas de système de filtration. Comme l'eau s'y réchauffe rapidement au soleil et que plusieurs enfants s'y ébattent en même temps, la pataugeoire peut devenir un milieu propice à la prolifération des micro-organismes. Aussi devrait-on la vider et la désinfecter après chaque utilisation.

▲ Manipulation des aliments

Les personnes qui manipulent les aliments, tant le personnel de la cuisine que le personnel éducateur, doivent agir de manière à éviter la contamination des aliments. Les micro-organismes pathogènes peuvent être présents naturellement dans certains aliments, ou y être déposés lors des manipulations. En fait, tout ce qui entre en contact avec les aliments peut constituer une source de contamination : les mains, les surfaces de travail, les ustensiles de cuisine, etc. La manipulation et la conservation adéquates des aliments permettent de réduire le risque de contamination et le risque de croissance de bactéries. Dans la section « L'hygiène des aliments » du chapitre VI, on décrit les règles d'hygiène qui doivent être connues de toutes les personnes concernées et mises en pratique par ces personnes.

Maintien de la qualité de l'air à l'intérieur

La qualité de l'air influence la santé et le bien-être des enfants. Il existe certaines particularités qui rendent les enfants plus vulnérables aux contaminants de l'air. Les enfants ont un métabolisme basal nettement plus élevé que celui des adultes et, de ce fait, ils absorbent les polluants de l'air plus rapidement et plus souvent qu'un adulte. Le volume des poumons des enfants est approximativement deux fois plus grand que celui des adultes, en tenant compte de leur poids et de leur taille. Les enfants ont en outre un rapport surface/volume plus grand ; ils ont donc une capacité thermique faible ainsi qu'une capacité de sudation réduite. Par ailleurs, les activités physiques des enfants, plus intenses que celles des adultes, demandent un échange de volume respiratoire plus important.

Pour améliorer la qualité de vie des personnes présentes au service de garde, il faut s'assurer que le volume d'air est suffisant pour le nombre d'enfants, la température constante, et la ventilation, régulière. Il est aussi important d'éliminer et de contrôler toute source intérieure de moisissure (matériaux mouillés, fruits périmés, déchets). L'humidité relative intérieure affecte le taux de sédimentation des aérosols contaminés et la survie des agents pathogènes. Aussi doit-elle être maintenue à un taux variant entre 30 et 50 %. Un taux d'humidité trop bas peut provoquer l'irritation des muqueuses et favoriser la survie de certains virus (rhinovirus, virus de la grippe, rotavirus). Un taux d'humidité élevé peut entraîner la formation de moisissures et favoriser aussi la survie d'autres agents microbiens.

Protection en milieu de garde

Adoption de normes de qualité

Des normes québécoises ont été établies et des outils ont été conçus afin d'assurer et d'évaluer la qualité des services de garde offerts aux enfants, ainsi que pour améliorer les conditions de vie et de travail dans ce milieu. Ces normes ont été insérées dans la réglementation existante (Règlement sur les centres de la petite enfance et Règlements sur les garderies). Le contrôle de l'environnement comprend l'aménagement et la propreté des locaux, le respect du rapport enfants/éducateur recommandé et d'autres caractéristiques organisationnelles. La participation active et soutenue des établissements du réseau de la santé publique est indispensable à l'élaboration des politiques de santé des centres de la petite enfance.

Adoption d'une politique d'exclusion

La Direction de chaque service de garde devrait, avec l'appui des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, établir sa politique d'exclusion et ses méthodes de contrôle des maladies infectieuses, en tenant compte des besoins des parents, et faire connaître à ces derniers sa politique au moment de l'inscription de leur enfant. Cette politique pourra être mieux acceptée si elle est connue et comprise des parents.

La mesure d'exclusion doit être justifiée et fondée sur des données scientifiques afin, d'une part, d'éviter la transmission des infections et, d'autre part, de tenir compte du bien-être de l'enfant et de sa capacité à prendre part aux activités régulières du service de garde. On doit également veiller à ce qu'elle n'entraîne pas de conséquences indésirables. Par exemple, si on exige le retrait d'un enfant malade pour réduire le risque de propagation de l'infection, cette mesure peut amener les parents à ne pas signaler au personnel de garde la présence de maladie chez l'enfant ou à conduire celui-ci dans un autre service de garde, risquant ainsi de disséminer l'infection d'une façon « silencieuse ».

Les interventions proposées devront aussi être réalisables et tenir compte des ressources existantes. Certaines études suggèrent que la formation de cohortes d'enfants malades constitue une mesure très efficace de contrôle de l'infection dans les pouponnières, particulièrement au regard de la shigellose. Cependant, cette mesure est difficile à adopter pour la plupart des services de garde en raison d'un manque de ressources financières, de

personnel et de locaux adéquats pour accueillir cette cohorte. D'autres solutions ont été proposées : le recours aux services d'une gardienne à domicile et la garde temporaire pour les enfants malades, notamment. Ces services permettent aux parents de vaquer librement à leurs occupations. Il ne s'agit toutefois pas d'une pratique très répandue, car ces services exigent une allocation financière supplémentaire nécessaire à l'embauche de ressources humaines qualifiées et de matériels adéquats.

La fermeture temporaire d'un service de garde ne devrait être envisagée qu'en cas de mesures exceptionnelles et sur recommandation du directeur de la santé publique.

Surveillance épidémiologique

Parmi les activités susceptibles de favoriser une base solide de concertation entre tous les secteurs en cause (familles, services de garde, réseau de la santé), mentionnons la surveillance épidémiologique, laquelle peut être définie comme un processus continu et systématique qui comprend essentiellement cinq activités importantes : la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, la diffusion de l'information aux professionnels de la santé et l'application de mesures visant le contrôle des maladies infectieuses.

Nous pouvons donc affirmer que le but ultime de la surveillance consiste à déterminer l'étendue et le risque de transmission des infections, afin de faciliter la prise de décision relative au contrôle des épidémies. Le succès du système dépend de son adaptation aux besoins du milieu de garde et d'une communication constante entre le personnel, les parents et les professionnels de la santé.

Chapitre 4

Les maladies infectieuses

AMIBIASE

Information générale

Définition

L'amibiase consiste en une infection intestinale à *Entamœba histolytica*, un protozoaire. Très rarement observée en Amérique, cette infection est plus commune dans les pays où les conditions d'hygiène sont inadéquates. Le parasite existe sous deux formes : le kyste et le trophozoïte. C'est le kyste qui transmet l'infestation. Les personnes porteuses de l'infestation (asymptomatique et chronique) constituent le plus grand réservoir, puisqu'elles excrètent des kystes. Il existe une forme non pathogène d'*Entamœba (E. dispar)* qu'il est impossible de distinguer morphologiquement de l'*E. histolytica.*

Tableau clinique

Dans la plupart des cas, l'ambiase est asymptomatique. Les symptômes associés à la forme chronique sont les suivants : diarrhée souvent intermittente, ballonnement abdominal, fatigue et crampes abdominales. Moins fréquemment observée, la forme aiguë se manifeste par de la fièvre et une diarrhée sévère (dysenterie). L'amibiase hépatique résulte de l'envahissement du foie par les amibes.

Complications

Les complications liées à l'amibiase sont les suivantes :

- hémorragie intestinale abondante ;
- perforation intestinale ;
- amibiase hépatique.

Durée de la maladie

L'amibiase dure des semaines, voire des années.

Mode de transmission

L'amibiase se transmet de trois façons différentes :

- par contact main-bouche après contamination avec les selles d'une personne porteuse (mode de transmission fécal-oral) ;
- de personne à personne ;
- par ingestion d'aliments contaminés par des selles ou de l'eau contenant des kystes (ex. : fruits et légumes lavés avec de l'eau contaminée).

La transmission peut se faire à partir d'une personne atteinte de dysenterie amibienne, d'une personne porteuse asymptomatique ou d'une personne porteuse atteinte d'une diarrhée associée à une autre cause. La maladie se transmet plus facilement lorsque les selles sont diarrhéiques.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'amibiase dure habituellement de deux à quatre semaines ; plus rarement, de quelques jours à quelques mois, voire des années.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'amibiase dure tant que la personne contaminée excrète des kystes.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'amibiase.

Immunité

L'amibiase ne confère aucune immunité.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- *Amibiase intestinale* : identification de kystes ou de trophozoïtes dans les selles. La recherche de parasites dans les selles ne permet pas toujours de reconnaître les porteurs.
- *Dysenterie amibienne* : identification de trophozoïtes dans les selles liquides ; sigmoïdoscopie.
- *Amibiase hépatique* : sérologie ; échographie, tomodensitométrie.

▲ **exceptionnelles**

- Recours à de nouveaux tests (PCR, *antigen capture test*) disponibles dans les laboratoires spécialisés.

Traitement

▲ **spécifique**

- Enfant
  - Cas asymptomatique : Iodoquinol (Diodoquin[MD]), 30 à 40 mg/kg/24 h (max. 2 g) divisés en 3 doses pendant 20 jours ou paromomycine 25-35 mg/kg/24 h divisés en 3 doses pendant 7 jours
  - Cas symptomatique : Métronidazole (Flagyl[MD]), 35 à 50 mg/kg/24 h divisés en 3 doses pendant 10 jours.
  - Le traitement devrait être suivi d'une cure d'Iodoquinol à la posologie utilisée pour traiter les cas d'amibiase asymptomatiques.
- Adulte
  - Cas asymptomatique : Iodoquinol (Diodoquin[MD]), 650 mg 3 fois par jour pendant 20 jours.
  - Cas symptomatique : Métronidazole (Flagyl[MD]), Posologie : 500 à 750 mg 3 fois par jour pendant 10 jours. Le traitement devrait être suivi d'une cure d'Iodoquinol à la posologie utilisée pour traiter les cas d'amibiase asymptomatiques.

Note
En présence de symptômes compatibles avec l'amibiase et d'un rapport de laboratoire *E. dispar*, certains experts recommandent le traitement.

▲ **de soutien**

- Hydratation.

Particularités associées au service de garde

Malgré les comportements des jeunes enfants les rendant plus vulnérables aux infections transmises par voie fécale-orale, l'amibiase est rarement observée en service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Le traitement est contre-indiqué pour la femme enceinte, sauf si elle est sévèrement atteinte (ex. : si elle présente une *amibiase hépatique*).

Mesures à prendre

Enquête

On doit d'abord prendre contact avec le service de garde dès la confirmation d'un premier cas. On doit ensuite vérifier si le sujet est symptomatique ou asymptomatique et, s'il est symptomatique, identifier les contacts.

Mesures de contrôle

Les mesures de contrôle sont les suivantes :

- Sujet
  - exclure le sujet si symptomatique ;
  - ne pas l'exclure si un traitement approprié est en cours et s'il est asymptomatique ;
  - s'il a présenté des symptômes et est redevenu asymptomatique, il doit être traité.
- Contacts
  - considérer comme contacts tous les membres du personnel et les enfants du même groupe que le sujet ;
  - après avoir identifié les contacts symptomatiques et remis une lettre aux parents, procéder à une recherche d'*Entamoeba histolytica* dans les selles (idéalement, deux ou trois échantillons à 48 heures d'intervalle) ;
  - si la recherche est positive pour plus d'un cas, traiter tous les contacts symptomatiques du même groupe.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, et réviser la technique de changement de couches.

Suivi

Si de nouveaux cas d'amibiase apparaissent huit semaines après la première intervention, procéder à une recherche du parasite dans les selles de tous les contacts symptomatiques ou de ceux qui l'ont été au cours des deux semaines précédentes. Considérer comme contacts tous les enfants et les membres du personnel ainsi que les contacts familiaux des enfants reconnus comme positifs.

Traiter tous les contacts positifs afin de diminuer le nombre de porteurs.

Lettre aux parents

Objet: Amibiase

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a présentement dans le groupe de votre enfant une personne atteinte d'amibiase. Cette maladie est causée par un parasite. Elle peut se présenter sous forme aiguë ou chronique. La forme aiguë se manifeste par de la fièvre et de la diarrhée sévère, la forme chronique, par de la fatigue et de la diarrhée souvent accompagnées de ballonnements et de crampes abdominales. Cependant, certaines personnes peuvent être porteuses du parasite et ne présenter aucun symptôme. Un traitement antiparasitaire est possible.

La maladie peut se transmettre d'une personne à une autre ou par le contact avec des objets contaminés (ex. : jouets), particulièrement lorsqu'il y a des cas de diarrhée. La présence d'enfants aux couches favorise la transmission.

Si votre enfant présente des symptômes, nous vous demandons de le garder à la maison et de nous fournir un prélèvement de ses selles pour que nous les analysions. Veuillez remettre le prélèvement à :

_____

Si votre enfant présente des symptômes dans les jours qui viennent, nous vous demandons de le garder à la maison, de consulter votre médecin ou de vous rendre à votre CLSC, sans oublier d'apporter cette lettre avec vous.

S'il y a lieu, nous vous informerons ultérieurement de la démarche à suivre.

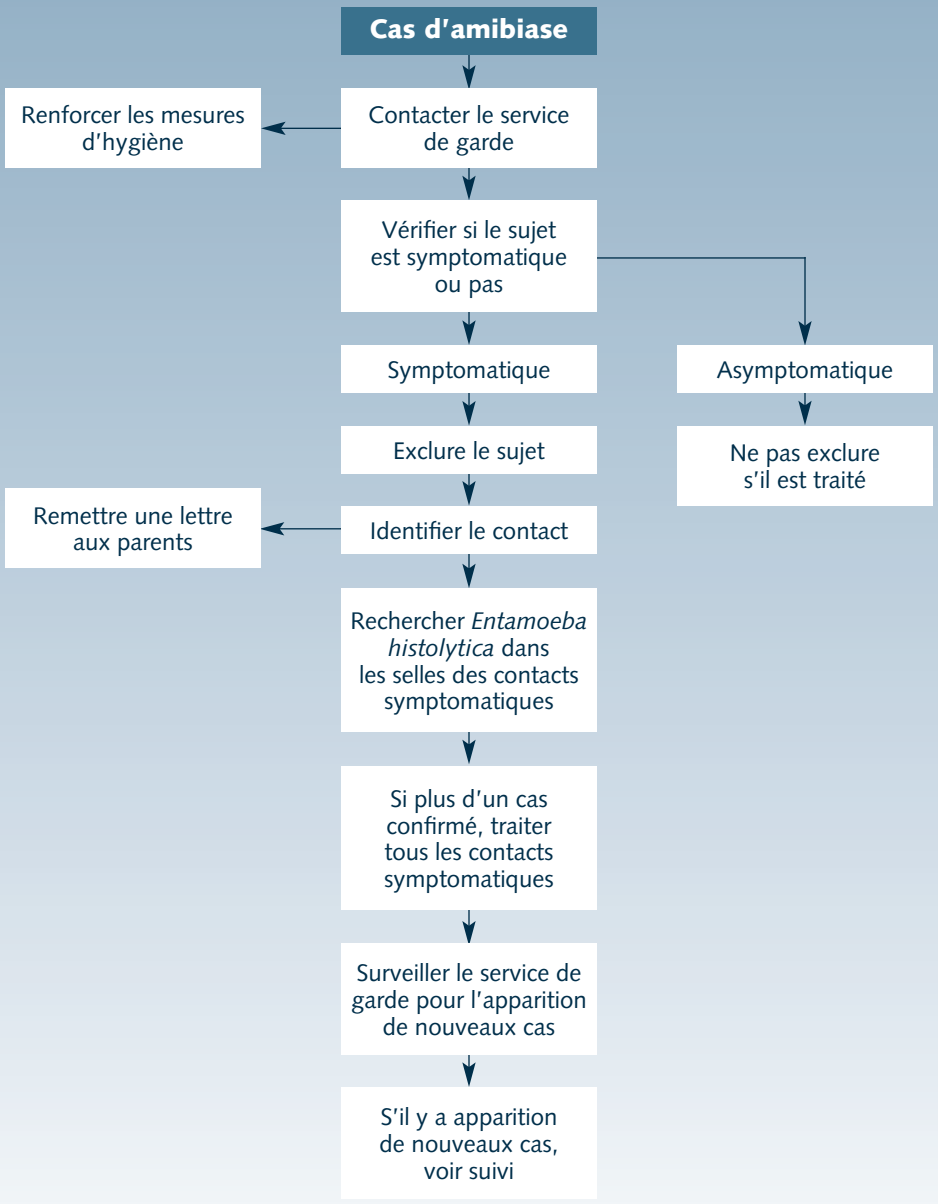
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas d'amibiase
Contacter le service de garde
Renforcer les mesures d'hygiène
Vérifier si le sujet est symptomatique ou pas
Symptomatique
Asymptomatique
Exclure le sujet
Ne pas exclure s'il est traité
Identifier le contact
Remettre une lettre aux parents
Rechercher *Entamoeba histolytica* dans les selles des contacts symptomatiques
Si plus d'un cas confirmé, traiter tous les contacts symptomatiques
Surveiller le service de garde pour l'apparition de nouveaux cas
S'il y a apparition de nouveaux cas, voir suivi

ANKYLOSTOMIASE

Information générale

Définition

L'ankylostomiase est une infection intestinale aux nématodes *Necator americanus* ou *Ancylostoma duodenale* importée au Québec et rarement signalée par la population.

Cycle de vie

L'être humain constitue le réservoir de l'ankylostomiase. Les œufs d'ankylostome sont éliminés dans les selles et contaminent l'environnement. Ils se transforment en larves, lesquelles deviennent des formes infectantes après deux métamorphoses (entre une et trois semaines). L'être humain peut être infecté par voie transcutanée (ex. : en marchant pieds nus sur le sol).

Tableau clinique

La plupart des ankylostomiases sont légères et présentent peu de symptômes cliniques. Le prurit est le symptôme le plus fréquent. L'infection sévère se manifeste par de l'anémie.

Complications

Les complications liées à l'ankylostomiase (ex. : anémie) surviennent lorsque les personnes sont sévèrement infectées ou souffrent de malnutrition.

Durée de la maladie

L'ankylostomiase dure, approximativement, entre un et trois ans dans les endroits non endémiques.

Mode de transmission

L'ankylostomiase se transmet par voie transcutanée par les larves infectieuses contaminant le sol et le sable. Il n'y a pas de transmission de personne à personne.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'ankylostomiase dure de quelques semaines à quelques mois.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'ankylostomiase est liée au degré de contamination de l'environnement. Les œufs éliminés par des personnes infectées ne peuvent survivre que dans un environnement extrêmement humide et chaud.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'ankylostomiase.

Immunité

L'ankylostomiase ne confère pas d'immunité.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Examen des selles pour la recherche d'œufs.

▲ **exceptionnelles**

- Aucune.

Traitement

▲ **spécifique**

- Mébendazole (Vermox[MD])100 mg/dose p.o. en 2 doses quotidiennes (enfant > 2ans) pendant 3 jours ou paomate de pyrantel (Combantrin[MD]) 11 mg/kg/24 h en dose unique (maximum 1g) pour 3 jours consécutifs. D'autres médicaments, comme l'albendazole, sont aussi efficaces, mais leur disponibilité varie selon le pays.

Particularités associées au service de garde

Dans les endroits endémiques, l'environnement extérieur des services de garde peut représenter un risque de transmission, puisque l'infection peut s'attraper à partir du sol contaminé par les selles humaines.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Assurer un traitement efficace.
  - Ne pas exclure le sujet.
- Contacts
  - Aucune intervention.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène dont le lavage des mains.

Éliminer la possibilité de contamination par des selles humaines.

Porter des souliers en tout temps dans les endroits endémiques.

Suivi

Aucun.

Lettre aux parents

Objet : Ankylostomiase

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a présentement au service de garde un cas d'ankylostomiase. Cette maladie est causée par un parasite qui n'est habituellement pas transmissible au Québec. Le risque d'être infecté par ce parasite est donc négligeable. Il n'y a pas lieu d'envisager de traitement ou de suivi, sauf pour le cas concerné.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez prendre contact avec :

_____

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Information générale

Définition

L'ascaridiase consiste en une infection intestinale causée par un ver rond, l'*Ascaris lumbricoïdes*. Au Québec, cette infection parasitaire est plutôt importée qu'endémique, et sa présence dans la population est rare.

Cycle de vie

L'humain infecté constitue la source d'infection de l'ascaridiase. Il excrète les œufs du parasite adulte dans ses selles et contamine l'environnement. Les œufs deviennent infectieux dans le sol après une période d'incubation variant de deux à quatre semaines. L'humain contracte l'infection en ingérant de l'eau ou des aliments crus contaminés par les œufs des parasites. À l'intérieur du corps, ces œufs se transforment en larves, traversent la paroi intestinale et migrent vers les poumons et la trachée, à partir de laquelle les larves sont ensuite avalées. En progressant vers l'intestin, les larves deviennent adultes. Les adultes femelles pondent des milliers d'œufs par jour et perpétuent ainsi le cycle.

Tableau clinique

Les symptômes de l'ascaridiase varient selon l'intensité de l'infection. Dans la plupart des cas, l'infection est banale et présente peu de symptômes cliniques. Une infection plus intense peut entraîner des manifestations pulmonaires (pneumonie avec éosinophilie [syndrome de Löffler]), biliaires (péritonite biliaire ou ictère obstructif par occlusion des voies biliaires) et intestinales (diarrhée, douleurs abdominales et vomissements, ou encore, plus rarement, obstruction intestinale au niveau de l'iléon terminal et appendicite).

Complications

Lorsqu'il y a infection massive, l'ascaridiase peut entraîner les complications suivantes : syndrome de Löffler, occlusion de l'intestin grêle et, plus rarement, ascaridiase hépatobiliaire, pancréatite, appendicite et péritonite aiguë.

Durée de la maladie

L'ascaridiase dure des dizaines d'années dans des endroits endémiques où une réinfection est possible, moins de deux ans dans les endroits non endémiques.

Mode de transmission

L'ascaridiase se transmet par voie fécale-orale, c'est-à-dire par contact avec du matériel contaminé par des selles humaines (aliments, eau, objets). Il n'y a pas de transmission de personne à personne.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'ascaridiase dure de l'ingestion des œufs infectieux jusqu'à deux mois après cette ingestion.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'ascaridiase est liée au degré de contamination de l'environnement. Les œufs éliminés par des humains infectés ne peuvent survivre que dans un environnement extrêmement humide et chaud. Si ces conditions sont réunies, les œufs peuvent survivre environ six ou sept ans.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'ascaridiase.

Immunité

L'ascaridiase ne confère pas d'immunité.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Examen des selles (recherche des œufs).
- Observation directe du ver excrété par vomissement ou dans les selles.

▲ exceptionnelles

- Aucune.

Traitement

▲ spécifique

- Mébendazole (Vermox[MD]) (enfant de plus de deux ans) 100 mg, *p. o.* 2 fois par jour pendant 3 jours Paomate de pyrantel (Combantrin[MD]) 11 mg/kg en dose unique (maximum de 1 g). D'autres médicaments, comme l'albendazole, sont aussi efficaces, mais leur disponibilité varie selon le pays. En présence de complications, le traitement est plus complexe et devrait être évalué individuellement.

Particularités associées au service de garde

Au Québec, l'environnement extérieur des services de garde ne pose qu'un risque minime de transmission. Dans les endroits endémiques, ce risque est plus élevé parce que l'ascaridiase peut être contractée à partir d'un sol contaminé (ex. : carré de sable, terre, eau).

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure le sujet.
  - Assurer un traitement efficace.
- Contacts
  - Aucune intervention.

Environnement

Assurer une hygiène étroite de l'environnement.

Éliminer la contamination par des selles humaines.

Renforcer le lavage des mains.

S'assurer de l'absence de géophagie chez les enfants.

Suivi

Aucun.

Lettre aux parents

Objet : Ascaridiase

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a présentement au service de garde une personne atteinte d'ascaridiase (ver intestinal). Cette maladie est causée par un parasite qui est très rarement transmissible au Québec. Le risque d'être infecté est donc négligeable.

Bien que la majorité des personnes infectées par ce parasite ne présentent aucun symptôme, la maladie peut parfois se manifester par des symptômes hépatiques et intestinaux. Un traitement antiparasitaire est possible.

La maladie est transmise lorsque la bouche entre en contact avec du matériel contaminé par les selles d'une personne infectée (aliments, eau, objets). La présence d'enfants aux couches et le fait que les petits aient tendance à porter à leur bouche objets, sable et terre favorisent la transmission. L'eau contaminée par les selles humaines peut également jouer un rôle dans la transmission de cette maladie.

Il n'y a pas lieu d'envisager de traitement ou de suivi, sauf pour le cas infecté. Cependant, même si le danger de transmission est très faible, soyez assurés que le service de garde prendra toutes les précautions nécessaires pour assurer une bonne hygiène des environnements interne et externe, afin d'éliminer toute possibilité de contamination par les selles humaines.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez prendre contact avec :

_____

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Information générale

Définition

La bronchiolite à virus respiratoire syncytial constitue une maladie virale aiguë des voies respiratoires inférieures. Survenant généralement chez les enfants de moins de 3 ans, cette maladie est causée le plus souvent (dans 45 à 75 % des cas) par le virus respiratoire syncytial (VRS). D'autres virus peuvent aussi causer des bronchiolites : le virus para-influenza (14 à 32 % des cas) ou, moins souvent, l'adénovirus, le virus influenza et le rhinovirus. Maladie saisonnière, elle se manifeste surtout l'hiver et au début du printemps.

Tableau clinique

La bronchiolite débute habituellement comme une infection des voies respiratoires supérieures (toux, rhinorrhée, fièvre légère), et elle est suivie d'une atteinte des voies respiratoires inférieures survenant de façon assez aiguë. Elle se manifeste par une toux creuse, une augmentation de la fréquence respiratoire, une agitation puis, plus tard, par de la tachypnée, des sibilances, de la tachycardie, du tirage et un battement des ailes du nez. Une otite peut accompagner la bronchiolite. Plusieurs maladies peuvent présenter un tableau clinique similaire : asthme, reflux gastrique, aspiration de corps étranger, etc.

Complications

L'insuffisance respiratoire peut survenir surtout chez les nourrissons et les enfants nés prématurément présentant des conditions de santé particulières telles qu'une maladie cardiaque ou pulmonaire ou un déficit du système immunitaire.

Durée de la maladie

La période aiguë de la bronchiolite à virus respiratoire syncytial dure de trois à sept jours ; la guérison survient en une ou deux semaines.

Mode de transmission

La bronchiolite à virus respiratoire syncytial se transmet le plus souvent par contact avec des sécrétions nasopharyngées provenant d'une personne infectée ou avec des objets fraîchement souillés par ces sécrétions et par inhalation de gouttelettes contaminées. Les adultes peuvent s'infecter à partir des sécrétions respiratoires des enfants et, par la suite, transmettre le virus à un autre enfant.

Note
Le virus respiratoire syncytial peut survivre jusqu'à huit heures sur des objets inanimés et une demi-heure ou plus sur les mains.

Période d'incubation

La période d'incubation du VRS dure de deux à huit jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité du VRS, commence un peu avant les manifestations de la maladie et se poursuit pendant toute sa durée (et même pendant la convalescence). Elle peut durer jusqu'à trois ou quatre semaines.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter le VRS. Cette maladie survient surtout pendant les trois premières années de vie. Elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Immunité

Le VRS ne confère pas une immunité permanente. Les réinfections sont fréquentes, mais elles sont moins sévères.

Actuellement, aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Diagnostic basé sur l'histoire, l'examen clinique et la présence d'autres cas dans la communauté.
- Recours aux tests rapides disponibles pour diagnostiquer l'infection à VRS (ELISA et immunofluorescence).

▲ exceptionnelles

- Culture des sécrétions.

Traitement

▲ spécifique

- Administration de ribavirine (Virazole[MD]) à certains patients hospitalisés qui sont très vulnérables. L'utilisation demeure cependant exceptionnelle.

▲ de soutien

- *Bronchiolite légère*: observation à la maison, humidité, hydratation.
- *Bronchiolite modérée et sévère*: hospitalisation, position semi-assise, oxygène humidifié, aspiration fréquente des sécrétions, hydratation, bronchodilatateurs (controversé), physiothérapie, intubation (rare).

Particularités associées au service de garde

Le virus respiratoire syncytial se propage facilement chez les enfants et les adultes en service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

On doit identifier tous les contacts à risque (voir contacts).

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure le sujet, sauf s'il ne peut suivre les activités habituelles.
  - Permettre son retour au service de garde dès que son état le lui permet.

Note
Lorsque le VRS est dans la communauté, un taux élevé d'enfants de moins de 2 ans excrètent le virus même s'ils présentent peu de symptômes respiratoires.

- Contacts
  - Considérer comme contacts à risque les enfants plus vulnérables, c'est-à-dire tous les enfants du service de garde souffrant de maladies cardiaque ou pulmonaire sévères ou atteints d'un déficit immunitaire ou nés prématurément.
  - Avertir les parents de ces enfants pour qu'ils s'informent auprès de leur médecin quant à la pertinence de retirer leur enfant du service de garde pendant le pic saisonnier des infections à VRS.

Note
Pour les enfants prématurés âgés de 6 mois et moins ainsi que pour les enfants atteints de dysplasie bronchopulmonaire âgés de 24 mois et moins, une prophylaxie est recommandée (immunoglobulines IV –Respigam[MD]–; Anticorps monoclonaux anti-VRS IM –Synagis[MD]– administrés 1 fois par mois pendant toute la durée de la saison).

Consulter le médecin traitant de l'enfant avant le début de la saison des infections à RSV pour qu'il puisse juger si la prophylaxie doit être prescrite.

Environnement

Bien aérer et humidifier les pièces.

Renforcer le lavage des mains.

Renforcer les mesures d'hygiène et la désinfection des jouets contaminés.

Suivi

Aucun.

Lettre aux parents

Objet : Bronchiolite à virus respiratoire syncytial

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

On a diagnostiqué chez un enfant du service de garde une bronchiolite à virus respiratoire syncytial. Actif surtout pendant les mois d'hiver, ce virus est très contagieux ; tous les enfants en sont un jour ou l'autre infecté. Ce sont les enfants de moins de 2 ans qui sont les plus affectés. Ils peuvent présenter des infections respiratoires plus ou moins sévères telles qu'une bronchiolite ou une pneumonie. Les enfants plus vieux et les adultes peuvent aussi être porteurs du virus et le transmettre, même s'ils présentent peu ou pas de signes d'infection.

L'infection pulmonaire peut être sévère chez les nouveau-nés (1 mois et moins), chez les anciens prématurés âgés de 6 mois et moins ou chez les nourrissons présentant déjà une maladie respiratoire ou cardiaque chronique (ex. : dysplasie bronchopulmonaire, malformation cardiaque avec hypertension pulmonaire, etc.). Il en est de même pour les enfants qui présentent une maladie (leucémie, SIDA) ou qui reçoivent des médicaments qui diminuent leurs défenses contre les infections (traitement contre le cancer).

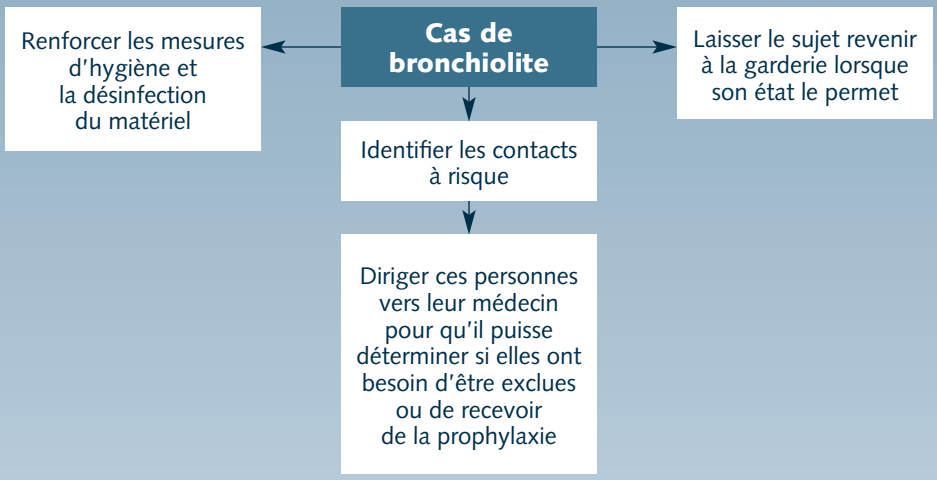
Si vous pensez que votre enfant se trouve dans l'une des situations décrites ci-dessus, parlez-en à son médecin et vérifiez s'il est préférable de le garder à la maison pendant le pic des infections à virus respiratoire syncytial et si un traitement préventif est recommandé pour votre enfant.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas de bronchiolite
Renforcer les mesures d'hygiène et la désinfection du matériel
Laisser le sujet revenir à la garderie lorsque son état le permet
Identifier les contacts à risque
Diriger ces personnes vers leur médecin pour qu'il puisse déterminer si elles ont besoin d'être exclues ou de recevoir de la prophylaxie

Information générale

Définition

Le *Campylobacter* est un des agents les plus fréquemment en cause dans les diarrhées bactériennes. Il s'agit le plus souvent du *Campylobacter jejuni* ou du *Campylobacter coli.*

Tableau clinique

La campylobactériose consiste en une maladie aiguë caractérisée par de la diarrhée, des douleurs abdominales, un malaise général et de la fièvre. Il y a souvent présence microscopique ou macroscopique de sang dans les selles liquides nauséabondes. Les douleurs abdominales peuvent faire penser à une appendicite.

Complications

Les complications liées à la campylobactériose sont rares. Elles peuvent se manifester ainsi : septicémie (surtout chez les enfants mal nourris), méningite (chez le nouveau-né) et convulsions fébriles. Des complications d'ordre immunologique peuvent survenir durant la convalescence : arthrite réactive, érythème noueux, syndrome de Reiter, syndrome de Guillain Barré.

Durée de la maladie

La plupart des patients atteints de campylobactériose récupèrent en moins d'une semaine. Cependant, 20 % des personnes les plus malades peuvent rechuter ou souffrir d'une maladie plus longue. Une symptomatologie sévère et persistante peut faire penser à une maladie inflammatoire du tube digestif.

Mode de transmission

La campylobactériose se transmet de trois façons différentes :

- le plus souvent, par l'ingestion de micro-organismes dans les aliments contaminés, particulièrement la volaille, l'eau ou le lait cru ;
- par contact avec les selles des animaux domestiques ou sauvages infectés (oiseaux, poulets, chats, chiens, animaux de la ferme) ;
- plus rarement, par contact avec des personnes infectées.

Période d'incubation

La période d'incubation de la campylobactériose dure habituellement de un à sept jours, mais elle peut être plus longue.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la campylobactériose se prolonge pendant toute la durée de l'infection, mais est surtout présente pendant la phase aiguë de la maladie. Les personnes non traitées excrètent habituellement la bactérie pendant deux à trois semaines. L'état de porteur chronique est rare. Le traitement spécifique fait disparaître la bactérie des selles en deux à trois jours.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la campylobactériose.

Immunité

Une infection symptomatique à *Campylobacter* confère habituellement l'immunité.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Culture de selles.

Note
La recherche de *Campylobacter* n'est pas faite de façon systématique par tous les laboratoires. Il faut donc inscrire sur la requête : « recherche de *Campylobacter* ».

▲ exceptionnelles

- Aucune.

Traitement

▲ spécifique

- L'érythromycine (30-50 mg/kg/24 h divisé en 3 ou 4 doses ou clarithromycine 15 mg/kg/24 h divisé en 2 doses pendant 7 jours) donnée tôt peut diminuer la durée de la maladie et prévenir les rechutes. De plus, l'antibiotique élimine le micro-organisme des selles en deux ou trois jours.
- La ciprofloxacine est aussi efficace, mais son usage n'est pas recommandé pour les personnes âgées de moins de 18 ans.
- Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués.

▲ de soutien

- Remplacement liquidien et électrolytique lorsque cela est nécessaire.

Particularités associées au service de garde

La transmission de la campybactériose est favorisée par la présence d'enfants aux couches ou atteints de diarrhée. Des épidémies de gastro-entérite à *Campylobacter* ont été rapportées en service de garde, mais elles sont rares.

Particularités associées à la femme enceinte

Les infections périnatales sont rares. Les infections à *C. jejuni* sont habituellement responsable de gastro-entérites néonatales. Une infection périnatale à *C. fetus* peut causer une septicémie ou une méningite néonatale.

Mesures à prendre

Enquête

Lors de l'enquête, on doit :

- identifier les contacts ;
- effectuer une enquête alimentaire s'il y a présence d'un grand nombre de cas simultanément (voir « *Intoxication alimentaire* ») ;
- vérifier la possibilité d'une source de contamination animale.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Administrer au sujet le traitement spécifique, qu'il soit symptomatique ou non.
  - Exclure le sujet jusqu'à la disparition de la diarrhée.
- Contacts
  - Considérer comme contacts les enfants du même groupe que le sujet ou de tout autre groupe où l'on a noté un nombre accru de cas de diarrhée.
  - Remettre une lettre aux parents.
  - Exclure les contacts symptomatiques jusqu'à la disparition de la diarrhée.
  - Si évidence d'éclosion, faire des cultures des selles chez quelques cas symptomatiques du même groupe.
  - Si la culture est positive, voir « Sujet » et considérer le traitement des cas symptomatiques n'ayant pas eu de cultures de selles.
  - Si la culture est négative mais que le contact est symptomatique, voir les mesures de contrôle sous « Diarrhée ».
  - Si la culture est négative mais que le contact est asymptomatique, surveiller sans autre intervention.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène dont le lavage des mains et réviser la technique de changement de couches.

Recommander l'utilisation de couches de papier.

Désinfecter quotidiennement le matériel utilisé par les enfants en service de garde, notamment les jouets.

S'assurer que les personnes qui préparent et servent les repas ne changent les couches des nourrissons.

Vérifier les techniques de manipulation, de conservation et de cuisson des aliments.

Suivi

Surveiller l'apparition de nouveaux cas de diarrhée jusqu'à quatorze jours (deux périodes d'incubation) après l'apparition du dernier cas d'infection à *Campylobacter*.

Lettre aux parents

Objet : Campylobactériose

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a présentement au service de garde un enfant qui a présenté une gastro-entérite à campylobacter. Cette maladie peut causer une diarrhée sévère avec des douleurs abdominales et du sang dans les selles, un malaise général et de la fièvre.

Si votre enfant présente ce type de symptômes, nous vous demandons de le garder à la maison et de consulter votre médecin en apportant cette lettre. Il pourrait prescrire une culture de selles.

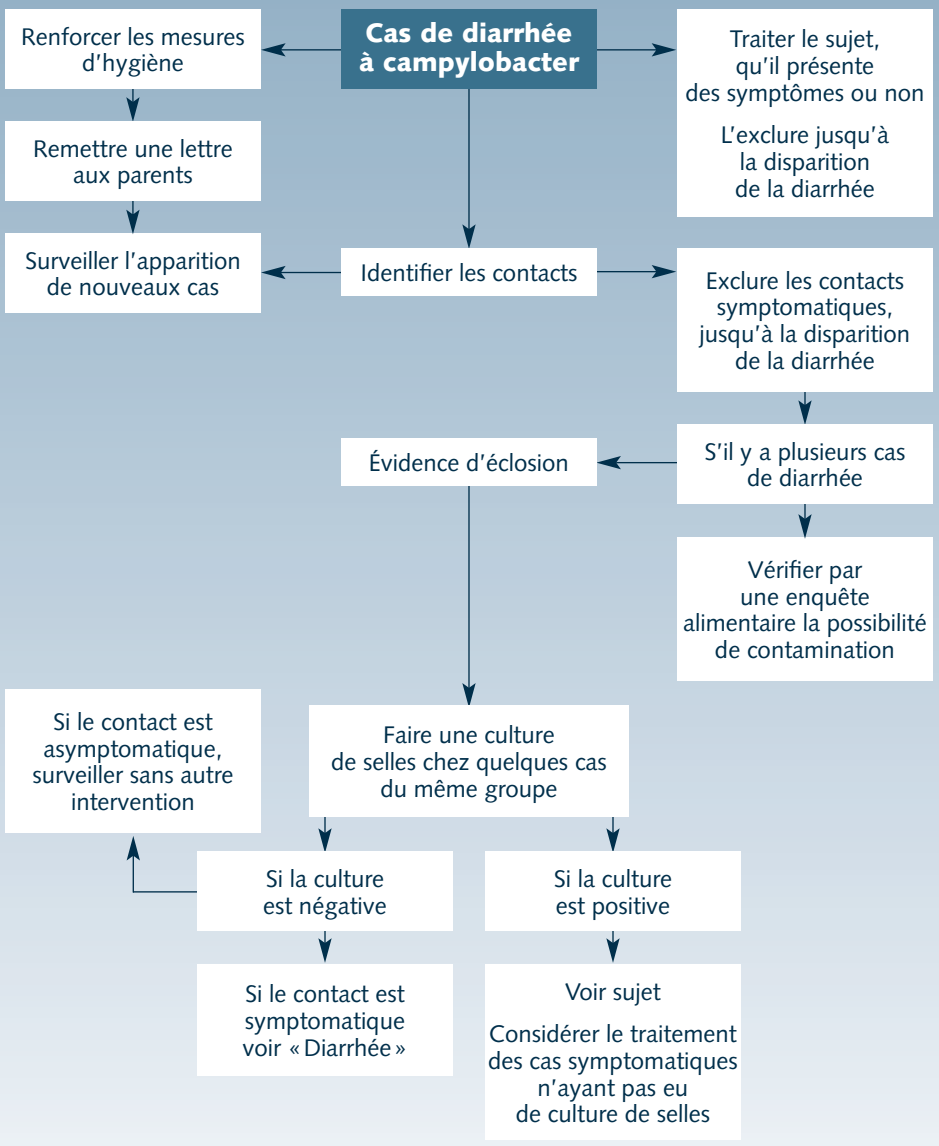
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas de diarrhée à campylobacter
Renforcer les mesures d'hygiène
Remettre une lettre aux parents
Surveiller l'apparition de nouveaux cas
Traiter le sujet, qu'il présente des symptômes ou non
L'exclure jusqu'à la disparition de la diarrhée
Identifier les contacts
Exclure les contacts symptomatiques, jusqu'à la disparition de la diarrhée
S'il y a plusieurs cas de diarrhée
Vérifier par une enquête alimentaire la possibilité de contamination
Évidence d'éclosion
Si le contact est asymptomatique, surveiller sans autre intervention
Faire une culture de selles chez quelques cas du même groupe
Si la culture est négative
Si la culture est positive
Si le contact est symptomatique voir « Diarrhée »
Voir sujet
Considérer le traitement des cas symptomatiques n'ayant pas eu de culture de selles

Information générale

Définition

La candidose consiste en l'ensemble des manifestations pathologiques secondaires à la prolifération du *Candida*, un champignon. Le *Candida albicans* ou une autre espèce de *Candida* peut être en cause. Sa présence sur la peau et les muqueuses est normale. Il devient pathogène lorsqu'un ou plusieurs facteurs sont présents : âge extrême, peau humide ou irritée, grossesse, diabète, traitement aux antibiotiques ou aux immunosuppresseurs, déficit immunitaire, etc. Chez les nourrissons, il peut causer une infection même en l'absence de facteurs prédisposants.

La candidose est habituellement localisée en des sites particuliers et elle est rarement systémique. Ainsi, le *Candida* cause des infections aiguës comme la vulvo-vaginite, l'intertrigo, le muguet et la dermatite fessière.

Nous ne parlerons ici que de la moniliase buccale ou muguet. La dermatite fessière à *Candida* est traitée dans la section « *Dermatite de couche* ».

Tableau clinique

Le muguet se manifeste par la présence de plaques blanchâtres d'aspect crémeux sur la langue et les muqueuses, avec parfois une sensation de brûlure qui se manifeste chez les nourrissons par une difficulté aux boires.

Complications

Les complications liées à la candidose sont les suivantes :

- candidose systémique chez les sujets immunosupprimés ;
- extension et persistance des lésions si elles ne sont pas traitées, pouvant mener à une malnutrition.

Durée de la maladie

Sans traitement, les lésions causées par la candidose peuvent persister et s'étendre.

Mode de transmission

Le nouveau-né peut contracter la candidose de sa mère à l'accouchement ou, après la naissance, de toute autre personne dont les mains sont contaminées. L'atteinte de l'adulte est souvent secondaire à la prise d'antibiotiques.

Période d'incubation

La période d'incubation de la candidose dure environ de 2 à 5 jours.

CANDIDOSE (moniliase buccale ou muguet)

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la candidose dure tant que les lésions persistent.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la candidose.

Immunité

La candidose ne confère pas d'immunité.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Tableau clinique.
- Culture (pour confirmation).

Note
La recherche de *Candida* n'est pas faite de façon régulière dans tous les laboratoires. Il faut donc inscrire sur la requête : « Recherche de *Candida* ».

▲ **exceptionnelles**

- Aucune.

Traitement

▲ **spécifique**

- La nystatine en suspension orale est le médicament de choix (Mycostatin[MD]). Badigeonner 1-2 ml ou 100 000 à 200 000 unités 4 fois par jour pendant 10 jours pour traiter le muguet. Dans le cas de résultats insatisfaisants, essayer le clotrimazole topique.
- Le kétoconazole, le fluconazole et l'itraconazole par voie buccale peuvent être utilisés chez les personnes immunosupprimées.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure.
- Contacts
  - Éviter le partage des sucettes.

Note
Appliquer le traitement de nystatine ou de clotrimazole sur le mamelon de la mère qui allaite.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène et le lavage de mains.

Désinfecter les sucettes et les tétines de l'enfant en les faisant bouillir au début du traitement et une deuxième fois après quelques jours.

Désinfecter quotidiennement les jouets portés à la bouche.

Suivi

Aucun.

Information générale

Définition

L'infection à chlamydia est causée par la bactérie chlamydia, dont il existe plusieurs espèces : le *C. pneumoniæ*, le *C. psittaci* et le *C. trachomatis*.

Tableau clinique

C. pneumoniæ

Cette maladie peut se présenter sous différentes formes : infection asymptomatique ou pharyngite sans exsudat, sinusite, otite, bronchite, pneumonie souvent atypique qui se présente semblablement comme le *Mycoplasma pneumoniæ* (avec toux, fièvre au début) et mal de gorge. L'infection se manifeste surtout chez les jeunes âgés entre 5 et 20 ans et chez les personnes âgées.

C. psittaci

Il s'agit d'une infection respiratoire aiguë avec fièvre, toux non productive, céphalée et malaise. Elle peut également consister en une pneumonie interstitielle extensive avec une image radiologique plus sévère que l'image obtenue par la clinique.

C. trachomatis

Cette maladie se manifeste chez le nouveau-né par une conjonctivite. La présentation clinique est très variable, allant d'une conjonctivite avec écoulement mucoïde à une conjonctivite importante avec écoulement purulent. Elle apparaît entre 1 et 3 semaines de vie.

Pneumonie avec infection nasopharyngée se manifestant par une toux avec congestion, tachypnée, râles à l'auscultation, sans fièvre et sans atteinte de l'état général. Elle apparaît entre 1 et 4 mois après la naissance.

Infection génitale transmise sexuellement, souvent asymptomatique, causant une urétrite ou une vaginite, chez l'enfant prépubère, ou une cervicite, une endométrite, une salpingite ou une épididymite, après la puberté.

Infection pharyngée très rare pouvant être acquise par transmission orale-génitale et habituellement asymptomatique.

Trachome se présentant par une kératoconjonctivite folliculaire chronique, se retrouve dans les pays en voie de développement.

Lymphogranulome vénérien caractérisé par un ulcère génital accompagné d'une lymphadénopathie régionale douloureuse. Ces cas sont très rares en Amérique du Nord.

Complications

C. pneumoniæ

L'infection à *C. pneumoniæ* est associée à la maladie cardiovasculaire athérosclérotique.

C. psittaci

Cette infection présente des complications rares : péricardite, myocardite, endocardite, thrombophlébite, hépatite et encéphalopathie.

C. trachomatis

- *Conjonctivite* : aucune.
- *Pneumonie* : aucune.
- *Infection génitale* : maladie inflammatoire pelvienne, infertilité chez la fille pubère, grossesse ectopique et autres complications.
- *Trachome* : cécité.

Durée de la maladie

C. pneumoniæ

Les symptômes de cette pneumonie peuvent se manifester des semaines ou des mois si le sujet n'est pas traité. La toux persiste de 2 à 6 semaines. Chez les personnes plus âgées, la bronchite et la sinusite peuvent devenir chroniques.

C. psittaci

Le *C. psittaci* dure entre 5 et 21 jours.

C. trachomatis

- *Conjonctivite* : Elle dure de 1à 2 semaines si la maladie n'est pas traitée. (La réponse au traitement est rapide.)
- *Pneumonie* : On note une amélioration clinique après plusieurs semaines si la maladie n'est pas traitée. (La réponse au traitement survient en cinq à sept jours)
- *Infection génitale* : L'infection persiste jusqu'à ce qu'elle soit adéquatement traitée. Sans traitement, elle peut probablement durer des mois ou des années.

Mode de transmission

C. pneumoniæ

Cette maladie se transmet probablement de personne à personne par des gouttelettes respiratoires infectées. Aucun réservoir animal n'est connu.

C. psittaci

Cette infection se transmet par l'inhalation de l'agent infectieux via des sécrétions, des gouttelettes ou de la poussière provenant d'un oiseau infecté. La transmission de personne à personne via les voies respiratoires d'un malade en phase aiguë est rare.

C. trachomatis

- *Conjonctivite et pneumonie* : Elles peuvent se transmettre de la mère à son nouveau-né à partir d'une infection du tractus génital de la mère.
- *Infection génitale* : L'infection peut se transmettre par voie sexuelle chez les adolescents et les adultes ; chez le nourrisson, l'infection du vagin et de l'anus peut avoir été acquise de la mère, à la naissance.

Note
Les cultures peuvent demeurer positives pendant deux à trois ans.

Période d'incubation

C. pneumoniæ

La période d'incubation dure en moyenne 21 jours.

C. psittaci

La période d'incubation dure en général de 7 à 14 jours, mais elle peut aller jusqu'à 28 jours.

C. trachomatis

La période d'incubation est variable ; elle dure en général de 2 à 6 semaines, mais elle peut être plus longue.

Période de contagiosité

C. pneumoniæ

La période de contagiosité est inconnue ; elle est probablement assez longue.

C. psittaci

L'excrétion de *C. psittaci* par un oiseau infecté peut être intermittente ou continue et durer des semaines ou des mois.

C. trachomatis

- *Conjonctivite* : La contagion est possible tant que le micro-organisme est présent dans les sécrétions oculaires.
- *Pneumonie* : Il n'y a pas de transmission de personne à personne connue.
- *Infection génitale* : La contagion dure tant que le micro-organisme est présent dans les sécrétions génitales.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'infection à chlamydia.

Immunité

C. pneumoniæ

- Il semble qu'une certaine immunité soit acquise après l'infection. Cependant, les réinfections et les rechutes sont fréquentes.
- Aucun vaccin n'est disponible.

C. psittaci

L'immunité après l'infection est incomplète et transitoire.

C. trachomatis

- La maladie ne confère pas une immunité.
- Les réinfections sont fréquentes dans les cas d'infections génitales.
- Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

C. pneumoniæ

Tableau clinique.

- Sérologie pour la recherche des anticorps contre le groupe chlamydia.

  La sérologie ne distingue pas les trois types de chlamydia: *pneumoniæ, psittaci et trachomatis.*

C. psittaci

Tableau clinique.

- Sérologie pour la recherche des anticorps contre le groupe chlamydia.

  La sérologie ne distingue pas les trois types de chlamydia: *pneumoniæ, psittaci et trachomatis.*

C. trachomatis

- *Conjonctivite*: test de détection des antigènes et culture.
- *Pneumonie*: test de détection des antigènes et culture des sécrétions nasopharyngées.
- *Infection génitale*: test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur l'urine ou les sécrétions génitales, technique de détection des antigènes et culture des sécrétions génitales.
- En raison de leur grande spécificité, la culture et le TAAN sont les méthodes de choix dans le cas d'abus sexuel.

▲ exceptionnelles

C. pneumoniæ: culture de sécrétions nasopharyngées.

C. psittaci: isolement de l'agent infectieux du tractus respiratoire.

C. trachomatis: sérologie.

Traitement

▲ spécifique

C. pneumoniæ

- Érythromycine, 30-50 mg/kg/24 h, *p. o.,* divisé en 3 ou 4 doses ou clarithromycine, 15 mg/kg/24 h, p.o., divisé en 2 doses, pendant 14 jours.Des traitements prolongés pour une période de trois semaines sont parfois nécessaires. La tétracycline ou doxycycline peuvent être utilisées chez les personnes de plus de 8 ans.

C. psittaci

- Erythromycine, 30-50 mg/kg/24 h, *p.o.,* divisé en 3 ou 4 doses ou clarithromycine, 15 mg/kg/24 h, *p.o.*, divisé en 2 doses pendant 14 jours. La tétracycline peut être utilisée chez les personnes de plus de 8 ans.

C. trachomatis

- Chez les enfants de 6 mois à 12 ans: Azythromycine 12-15 mg/kg (maximum 1 g) *p. o* en une dose ou érythromycine 40 mg/kg/24 h (maximum 2 g jour), *p.o.* divisé en 4 doses pendant 7 jours. Pour les enfants âgés de plus de 12 ans, doxycycline 200 mg/24h, divisé en 2 doses pendant 7 jours ou une dose de 1 g. d'azithromycine.

▲ de soutien

- L'aide respiratoire est rarement nécessaire pour la pneumonie.

Particularités associées au service de garde

C. pneumoniæ

Les infections à *C. pneumoniæ* sont rares chez les enfants d'âge préscolaire.

C. trachomatis

Lorsque vous vous trouvez en présence d'une infection génitale, rectale ou pharyngée à *C. trachomatis* chez un enfant impubère, suspectez un abus sexuel.

Particularités associées à la femme enceinte

C. psittaci

Des maladies sévères et des avortements ont été signalés chez les femmes enceintes souffrant de cette infection.

C. trachomatis

L'infection chez la femme enceinte entraîne une incidence accrue d'accouchement prématuré et de mort périnatale. De plus, elle cause une infection chez le nouveau-né dans 50 % des cas.

Mesures à prendre

Enquête

C. pneumoniæ et *C. trachomatis*

Aucune.

C. psittaci

On doit rechercher le contact avec un oiseau infecté, puis isoler et traiter les oiseaux infectés.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - *C. pneumoniæ* et *C. psittaci*

    Le sujet peut réintégrer le service de garde dès que son état général le lui permet.
  - *C. trachomatis*

    Conjonctivite : ne pas exclure le sujet lorsqu'il est traité.

    Pneumonie : le sujet peut réintégrer le service de garde dès que son état général le lui permet.

    Infection génitale : ne pas exclure le sujet ; suspecter un abus sexuel et aviser la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).
- Contacts
  - *C. pneumoniæ*

    Surveiller l'apparition de symptômes compatibles avec une pneumonie et diriger vers le médecin, au besoin.

    Envoyer une lettre aux parents si cela est nécessaire. Voir « pneumonie bactérienne ».
  - *C. psittaci*

    Aucune intervention.
  - *C. trachomatis*

    Aucune intervention n'est nécessaire pour les contacts au service de garde. Cependant, lorsqu'un diagnostic d'infection à *C. trachomatis* est posé chez un nourrisson ou un jeune enfant, il est important de traiter la mère et son partenaire sexuel.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène avec les sécrétions oculaires, respiratoires, nasales, de la gorge et génitales.

Couvrir la bouche et le nez lorsqu'il y a toux ou éternuement et se laver les mains (voir la rubrique Mesures de contrôle sous « *Conjonctivite* »).

Comme pour les autres animaux, la présence d'oiseaux est à proscrire en service de garde.

Suivi

Aucun.

Information générale

Définition

L'infection à *Clostridium difficile* est causée par un organisme dont la toxine est responsable de la colite pseudo-membraneuse et d'un fort pourcentage de diarrhées associées aux antibiotiques.

Tableau clinique

La colite pseudo-membraneuse est caractérisée par des douleurs abdominales, de la fièvre et des selles diarrhéiques accompagnées de sang, de mucus et de pus. L'infection survient le plus souvent chez une personne recevant ou ayant récemment reçu des antibiotiques.

Le *Clostridium difficile* peut être responsable de gastro-entérites sans colite pseudo-membraneuse. Un patient peut excréter l'organisme tout en présentant peu ou pas de symptômes. Ceci est particulièrement vrai chez les enfants de moins d'un an.

Complications

Les complications liées à la colite pseudo-membraneuse sont les suivantes : déshydratation, malnutrition, septicémie, décès.

Les personnes les plus à risque de complications sont les patients neutropéniques et ceux atteints de maladie inflammatoire du tube digestif.

Durée de la maladie

La colite pseudo-membraneuse peut durer plusieurs semaines si elle n'est pas traitée.

Mode de transmission

L'infection à *Clostridium difficile* se transmet par voie fécale-orale et par contact avec des objets ou des surfaces contaminés. Les porteurs sains de *Clostridium difficile* peuvent être une source importante de contagion. Jusqu'à 50 % des nouveau-nés et des nourrissons en bonne santé et près de 5 % des individus de plus de 2 ans peuvent être porteurs.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'infection à *Clostridium difficile* est inconnue.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'infection à *Clostridium difficile* dure tant que l'organisme est présent dans les selles.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'infection à *Clostridium difficile*, mais certains facteurs peuvent augmenter ce risque : antibiothérapie, tube nasogastrique, chirurgie gastro-intestinale.

Immunité

L'infection à *Clostridium difficile* ne confère probablement aucune immunité.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Recherche de la toxine dans les selles.

  Comme on retrouve très souvent (jusque dans 50 % des cas) la toxine dans le tube digestif des nouveau-nés et des nourrissons, un résultat positif à cet âge est difficilement interprétable.
- Rectoscopie (pour le diagnostic de la colite pseudo-membraneuse).

▲ exceptionnelles

- Culture des selles sur milieu sélectif.

Traitement

▲ spécifique

- Si cela est possible, on doit arrêter les antibiotiques en cours. Si l'enfant est toxique ou si la diarrhée persiste après cet arrêt, donner du métronidazole (Flagyl [MD]), soit 30 mg/kg/24 h, *p. o.*, divisés en 3 ou 4 doses, pendant 7 à 10 jours, ou, pour ceux qui ne répondent pas au métronidazole, de la vancomycine, soit 40 mg/kg/24 h, *p. o.*, divisés en 4 doses, pendant 7 à 10 jours. Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués.

▲ de soutien

- Administration de cholestyramine (ne pas administrer simultanément avec la vancomycine) et hydratation.

Particularités associées au service de garde

Les services de garde constituent un milieu connu de transmission du *Clostridium difficile*. Lors d'éclosions de diarrhée à *Clostridium difficile* en service de garde, on a démontré une augmentation de la contamination de l'environnement (mains, objets, surfaces, literie).

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

On doit d'abord vérifier s'il y a un nombre accru de cas de diarrhée au service de garde. Une enquête est requise s'il y a une déclaration de diarrhée épidémique (deux cas ou plus dans le même groupe survenant à l'intérieur d'une période de 48 heures. Une visite sur place est alors souhaitable. Voir « diarrhée ».

Mesures de contrôle

- Sujet
  - S'il est symptomatique, l'exclure jusqu'à la disparition de la diarrhée.
- Contacts
  - Considérer comme contacts les enfants du même groupe.
  - Remettre une lettre aux parents.
  - Exclure les contacts symptomatiques jusqu'à la disparition de la diarrhée.
  - Si le contact est asymptomatique, ne pas intervenir mais surveiller.
  - Limiter l'utilisation des antibiotiques chez tous les contacts dans la mesure du possible.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, et réviser la technique de changement de couches.

Nettoyer quotidiennement les objets et les surfaces planes (tables, comptoirs, planchers).

Suivi

Si possible, éviter d'admettre de nouveaux enfants au service de garde tant que l'épidémie d'infection à *Clostridium difficile* persiste.

S'informer du résultat des recherches de la toxine dans les selles.

Lettre aux parents

Objet : Infection à *Clostridium difficile*

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a présentement au service de garde, un cas de diarrhée causé par une bactérie appelée *Clostridium difficile*. Cette infection peut causer des douleurs abdominales et de la diarrhée. La prise d'antibiotique favorise l'apparition de cette infection.

Si votre enfant présente de la diarrhée au cours des prochains jours, nous vous demandons de le garder à la maison. Si, au cours des prochaines semaines, vous consultez un médecin pour votre enfant, veuillez lui présenter cette lettre.

Votre médecin essayera, dans la mesure du possible, de ne pas prescrire des antibiotiques, étant donné la présence de cette bactérie dans le milieu de garde fréquenté par votre enfant.

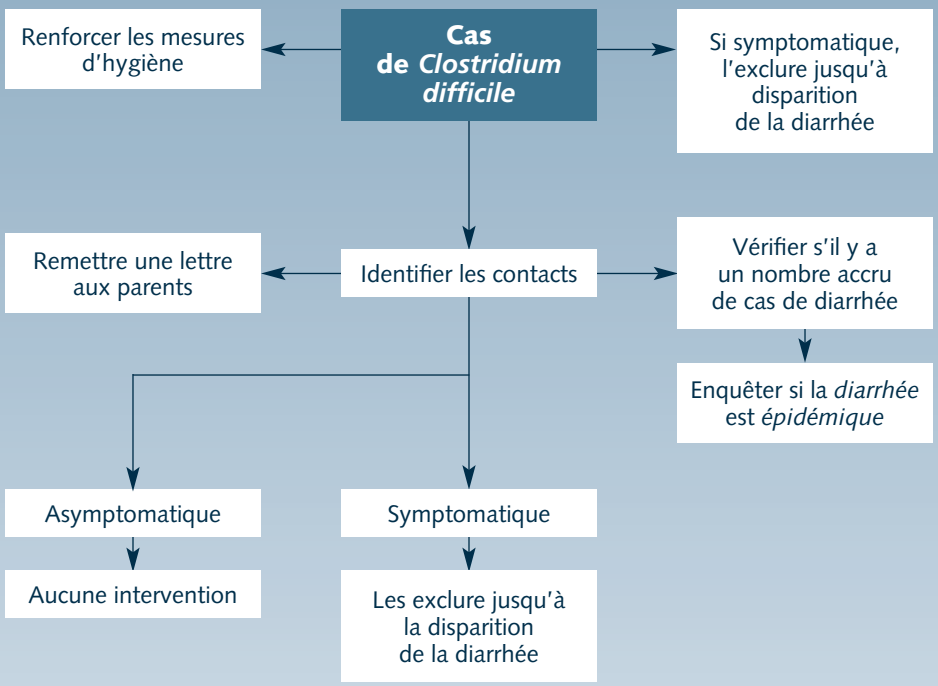
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas de *Clostridium difficile*
Renforcer les mesures d'hygiène
Si symptomatique, l'exclure jusqu'à disparition de la diarrhée
Identifier les contacts
Remettre une lettre aux parents
Vérifier s'il y a un nombre accru de cas de diarrhée
Enquêter si la *diarrhée* est *épidémique*
Asymptomatique
Aucune intervention
Symptomatique
Les exclure jusqu'à la disparition de la diarrhée

CONJONCTIVITE[1] (œil rouge)

S'il y a trois cas et plus

Information générale

Définition

La conjonctivite consiste en une atteinte inflammatoire, d'origine infectieuse (virale, bactérienne, fongique ou parasitaire) ou non (allergique, chimique ou traumatique) de la conjonctive. Nous nous limiterons dans ce chapitre à la conjonctivite d'origine infectieuse. La conjonctivite peut être isolée, ou encore, associée à une infection des voies respiratoires supérieures ou à une maladie exanthémateuse telle la rougeole.

Les organismes bactériens les plus couramment en cause sont les suivants : l'*Hæmophilus influenzæ* et le *Streptococcus pneumoniæ*. Le *Neisseria gonorrhœæ* et la *Chlamydia trachomatis* constituent les agents de l'ophthalmia néonatorum. Pour ces deux agents, voir les chapitres spécifiques.

Les virus impliqués dans cette infection sont les suivants : l'adénovirus (le plus fréquent et le plus contagieux), l'entérovirus et l'herpès. L'adénovirus et l'entérovirus peuvent causer des conjonctivites hémorragiques.

Tableau clinique

La conjonctivite bactérienne est le plus souvent unilatérale. Elle s'accompagne de pus et d'une rougeur de la conjonctive oculaire et se traduit par des paupières collées le matin et une sensation de corps étranger. La conjonctivite bilatérale est le plus souvent virale.

Jusqu'à 25 % des enfants qui présentent une conjonctivite à *H. influenzae* développent dans les jours qui suivent une otite moyenne.

Complications

Les complications liées à la conjonctivite varient selon l'étiologie. Les complications cornéennes constituent le principal risque, en particulier lorsque le virus de l'herpès est impliqué.

Durée de la maladie

La durée de la conjonctivite varie selon l'agent causal.

Mode de transmission

La conjonctivite se transmet par inoculation : par les doigts, l'eau (dans les piscines), le linge (serviettes, débarbouillettes) ou les instruments ophtalmologiques contaminés.

1. Nous nous limiterons dans ce chapitre à la conjonctivite d'origine infectieuse.

Dans le cas du nouveau-né, elle se transmet par contact avec des sécrétions vaginales infectées (*Neisseria gonorrhœæ, Chlamydia trachomatis*).

Période d'incubation

La période d'incubation de la conjonctivite varie selon l'agent causal ; elle dure généralement quelques jours.

Période de contagiosité

Pour les conjonctivites virales, la contagion persiste pendant plusieurs jours pouvant aller jusqu'à quatorze jours. Pour les conjonctivites bactériennes, la contagion diminue grandement avec l'application d'un traitement.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une conjonctivite.

Immunité

La conjonctivite ne confère pas d'immunité.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Signes cliniques.
- Coloration de Gram et culture bactérienne.

▲ exceptionnelles

- Culture virale.

Traitement

▲ spécifique

- Pour les conjonctivites bactériennes, application topique de sulfacétamide de sodium à 10 %, de gentamicine ou de trimethoprim-polymyxime B, 4 fois par jour pendant 10 jours.
- L'absence d'amélioration après deux ou trois jours suggère une résistance à l'antibiotique, une origine virale (pas de traitement) ou allergique.

Note
Seul un traitement par voie systémique (ex. : amoxicilline) préviendra l'otite qui peut se développer chez les enfants présentant une conjonctivite à *H. influenzæ*. Un traitement d'une durée de trois jours serait suffisant.

▲ de soutien

- On doit nettoyer l'œil régulièrement, ne pas appliquer de pansement et insister sur le lavage des mains.

Particularités associées au service de garde

La conjonctivite est fréquente dans les services de garde et souvent sous forme d'épidémie.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Lors de l'enquête, on doit :

- vérifier si le nombre de cas justifie une intervention (trois cas ou plus dans le service de garde ou deux cas dans un même groupe) ;
- faire des cultures des sécrétions de l'œil si des cas secondaires se présentent malgré l'application des mesures de contrôle ;
- vérifier la possibilité d'une contamination liée à l'eau d'une piscine.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Dans le cas de conjonctivites non purulentes, il n'est pas nécessaire d'exclure le sujet, sauf dans un contexte épidémique.
  - Dans le cas de conjonctivites purulentes, exclure l'enfant et ne le réadmettre que si son médecin est d'accord.
  - Lorsqu'il y a du pus, nettoyer l'œil avec une compresse ou du coton en partant de l'angle interne de l'œil pour aller vers l'angle externe, afin d'éviter l'infection du point lacrymal. Se débarrasser immédiatement du matériel souillé. Appliquer de la pommade ou des gouttes ophtalmiques. Se laver les mains avant et après l'application du traitement.
- Contacts
  - Considérer comme contacts les enfants du même groupe. S'ils présentent des symptômes, consulter un médecin.
  - Remettre une lettre aux parents.

Environnement

S'assurer que les enfants ne partagent pas la même literie, la même serviette ou la même débarbouillette lors du lavage du visage.

Renforcer les mesures d'hygiène et, particulièrement, le lavage des mains.

Suivi

Surveiller l'apparition de nouveaux cas.

Lettre aux parents

Objet : Conjonctivite ou œil rouge

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a actuellement quelques cas de conjonctivites au service de garde.

La conjonctivite consiste en une infection de l'œil qui est d'origine soit virale, soit bactérienne.

L'enfant atteint de conjonctivite a l'œil rouge et de la difficulté à l'ouvrir. Il peut avoir les paupières collées et se plaindre de la sensation d'avoir du sable dans l'œil. Un traitement antibiotique administré localement ou par la bouche est souvent prescrit lorsqu'on suspecte que l'infection est d'origine bactérienne.

Comme la conjonctivite se transmet facilement en service de garde, nous vous recommandons de consulter votre médecin ou de vous rendre à votre CLSC si votre enfant présente ces symptômes. Apportez cette lettre avec vous.

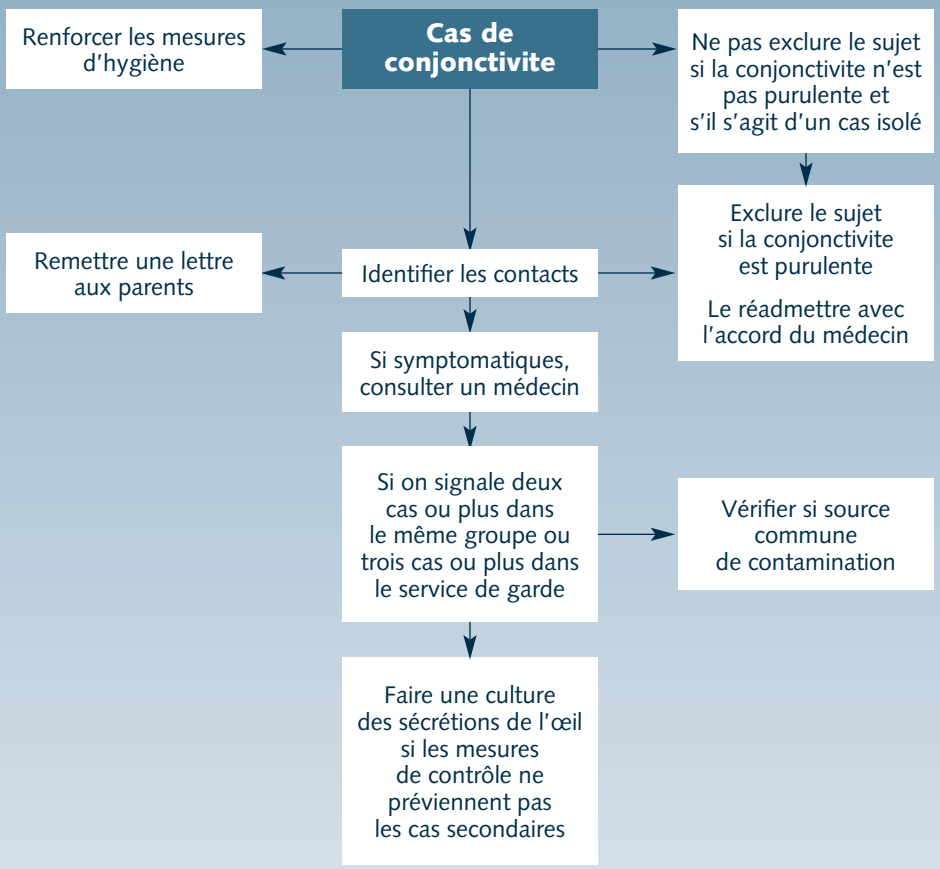
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas de conjonctivite
Renforcer les mesures d'hygiène
Ne pas exclure le sujet si la conjonctivite n'est pas purulente et s'il s'agit d'un cas isolé
Exclure le sujet si la conjonctivite est purulente
Le réadmettre avec l'accord du médecin
Remettre une lettre aux parents
Identifier les contacts
Si symptomatiques, consulter un médecin
Si on signale deux cas ou plus dans le même groupe ou trois cas ou plus dans le service de garde
Vérifier si source commune de contamination
Faire une culture des sécrétions de l'œil si les mesures de contrôle ne préviennent pas les cas secondaires

Information générale

Définition

La coqueluche est une maladie hautement contagieuse causée par une bactérie appelée *Bordetella pertussis* et caractérisée par des quintes de toux évoquant le chant du coq.

Cas confirmé

Une personne chez qui on a identifié le *Bordella pertussis,* ou qui répond à la définition de cas clinique et présente un lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Cas clinique

Une personne dont la toux dure depuis au moins deux semaines et qui présente au moins une des manifestations suivantes sans autre cause apparente :

- toux paroxystique (quintes de toux) ;
- sifflement inspiratoire (chant du coq) ;
- toux se terminant par des vomissements ou par de l'apnée.

Tableau clinique

La coqueluche évolue en trois phases :

- phase catarrhale : malaises, anorexie, rhinorrhée, larmoiement, toux ;
- phase paroxystique : quintes de toux souvent suivies de vomissements (Chez les nourrissons particulièrement, des épisodes d'apnée ou de cyanose peuvent survenir.) ;
- phase de convalescence : résolution des symptômes.

Complications

Les complications liées à la coqueluche sont plus sévères et plus fréquentes chez les nourrissons. En voici des exemples :

- otite ;
- pneumonie (21,7 % des cas) ;
- hémorragies (pétéchies, épistaxis, hémorragies sous-conjonctivales) ;
- convulsions (3 % des cas) ;
- encéphalopathies (0,9 % des cas) ;
- décès (1,3 % des enfants < 1 mois ; 0,3 % des enfants âgés de 2 à 11 mois).

Durée de la maladie

La coqueluche dure de un à deux mois. Cependant, un autre épisode infectieux des voies respiratoires au cours de l'année qui suit peut déclencher de nouveau un syndrome coqueluchoïde.

Mode de transmission

La coqueluche se transmet par contact avec des gouttelettes provenant du nez et de la gorge de personnes infectées.

Période d'incubation

La période d'incubation de la coqueluche dure habituellement de sept à dix jours, rarement plus de quatorze jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la coqueluche dure du début de la phase catarrhale jusqu'à :

- trois semaines après le début des quintes de toux ;
- cinq jours après le début du traitement.

La contagiosité maximale se situe en phase catarrhale, avant le début des quintes de toux.

Réceptivité

Toute personne n'ayant pas fait la coqueluche est susceptible de l'avoir. La vaccination diminue la réceptivité.

Immunité

La coqueluche donne une immunité prolongée, mais la durée de cette immunité est inconnue.

La protection conférée par le vaccin est estimée à 85 % après trois doses. Lorsque le vaccin n'empêche pas la maladie, il réduit la sévérité des symptômes et la fréquence des complications. Il existe un vaccin contre la coqueluche qui s'administre aux adolescents de 12 ans et plus et aux adultes.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Examen clinique, lymphocytose, culture des sécrétions nasopharyngées sur milieu spécial.
- Test d'amplification génique (PCR), s'il est disponible au laboratoire.

▲ exceptionnelles

- Aucune.

Traitement

▲ **spécifique**

- Érythromycine 40 à 50 mg/kg/24 h, (dose quotidienne maximale de 2 g), divisé en 4 doses pendant 14 jours.
- Pour les enfants, certains experts recommandent d'utiliser l'estolate d'érythromycine.
- Ce traitement diminue la durée de contagiosité mais ne change pas l'évolution de la maladie, sauf s'il est administré pendant la phase catarrhale.
- Si l'utilisation de l'érythromycine est contre-indiqué, un autre traitement antibiotique pourra être prescrit après avoir consulté un expert dans le domaine. Même si des études suggèrent d'utiliser de l'azithromycine ou de la clarithromycine comme traitement alternatif, leur efficacité n'a pas été démontrée.

▲ **de soutien**

- Bien hydrater.
- Fournir une aide respiratoire.

Particularités associées au service de garde

Au Québec, depuis 1990, environ 50 % des cas déclarés de coqueluche surviennent chez les enfants d'âge préscolaire et 10 % chez les enfants de moins d'un an.

Particularités associées à la femme enceinte

La coqueluche n'entraîne pas de complications connues, mais on peut penser que les symptômes de la maladie seront particulièrement pénibles à supporter. Il n'y a pas non plus de transmission *in utero* connue. Cependant, s'il y avait transmission au nouveau-né, ce serait très dommageable.

Il ne faut pas administrer d'emblée la chimioprophylaxie à la femme enceinte. Cependant, on recommande particulièrement ce traitement si la femme enceinte se trouve à la fin de sa grossesse (dans les trois semaines précédant l'accouchement), car il permet d'éliminer la bactérie et d'éviter la transmission au nouveau-né. Le traitement devrait durer au moins cinq jours. Si l'enfant naissait avant que sa mère atteinte de coqueluche n'ait terminé les cinq jours de traitement, on peut donner un traitement prophylactique au nouveau-né.

Mesures à prendre

Enquête

Dans le but d'accélérer l'intervention, on doit commencer à enquêter lorsque le sujet présente les symptômes suivants :

- toux avec chant du coq à l'inspiration ;

- en contexte d'éclosion, toux paroxystique (en quintes) pendant au moins sept jours, accompagnée de vomissements ou d'apnée ;
- après un contact avec un cas confirmé de coqueluche ou dans un milieu où des cas ont été signalés, tout symptôme évocateur de la coqueluche (toux paroxystique, toux avec vomissements, toux avec apnée).

On doit ensuite :

- vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant ;
- identifier les contacts ;
- vérifier le nombre de doses du vaccin anticoquelucheux reçues par les enfants du service de garde et effectuer les mises à jour selon les intervalles mentionnées dans le PIQ.

Note
Même en l'absence de cas au service de garde, il peut être pertinent de remettre une lettre d'information aux parents lorsqu'il y a éclosion dans la communauté. Vous trouverez ci-joint une lettre d'information qui peut être utilisée à cet effet.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - S'il est traité, l'exclure jusqu'à cinq jours après le début du traitement.
  - S'il n'est pas traité, l'exclure jusqu'à trois semaines après le début des quintes de toux ou tant que la toux n'est pas disparue, selon ce qui survient en premier.
  - Si le cas index est l'enfant de la responsable d'un service de garde en milieu familial, les mêmes recommandations s'appliquent quant à l'exclusion, à la chimioprophylaxie et à l'information à donner.
- Contacts
  - Remettre une lettre explicative aux parents.
  - On entend par « contacts » les personnes ayant partagé le même espace vital que le cas pendant plus d'une heure durant la période de contagiosité, soit du début de la phase catarrhale jusqu'à trois semaines après le début des quintes de toux, ou jusqu'à cinq jours après le début du traitement. On distingue les contacts suivants :
    - ceux du service de garde en milieu familial : personnel et enfants du milieu de garde ;
    - ceux du service de garde en CPE et en garderie : personnel et enfants du même groupe.
  - On établit également une distinction entre le contact sans toux (asymptomatique) et le contact avec toux (qui est potentiellement infecté et qui pourrait transmettre la bactérie à cause de sa toux). On doit référer les sujets-contacts qui toussent à leur médecin traitant pour évaluation médicale.

– On procédera à une chimioprophylaxie s'il y a présence d'enfants de moins de douze mois dans le milieu familial ou dans le groupe du sujet au CPE, s'il s'agit du premier cas, si le début du contact a eu lieu il y a au moins de quatorze jours et en CPE, et si le groupe des enfants de douze mois et moins est isolé des autres groupes.

– Se référer au protocole d'intervention en vigueur du MSSS pour connaître tous les détails et les justifications.

Environnement

Aucune mesure spécifique.

Suivi

S'assurer de la mise à jour de la vaccination des contacts.

Lettre aux parents

Objet : Coqueluche

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Un enfant fréquentant le service de garde a souffert d'une coqueluche. Cette maladie est sérieuse et se manifeste par une toux forte, en quintes. L'enfant peut avoir de la difficulté à reprendre son souffle et produire un bruit aigu (chant du coq). La toux peut également provoquer des vomissements. Cette maladie peut causser des complications graves (neurologiques et pulmonaires), surtout chez l'enfant de moins d'un an.

La vaccination prévient la coqueluche ou, du moins, en diminue les complications. Le ministère de la Santé et des Services sociaux recommande que tous les enfants soient vaccinés contre la coqueluche, et ce, dès l'âge de 2 mois. Les enfants doivent recevoir 5 doses de vaccin contre la coqueluche aux âges suivants : 2 mois, 4 mois, 6 mois, 18 mois et entre 4 et 6 ans. Les enfants qui n'ont pas suivi le calendrier de vaccination devraient être vaccinés selon un calendrier adapté.

Nos dossiers indiquent que :

- ❏ Votre enfant est adéquatement vacciné et n'a pas besoin de dose supplémentaire.
- ❏ Votre enfant n'a pas reçu tous les vaccins nécessaires. Aussi nous vous demandons de prendre contact avec nous dans les plus brefs délais pour mettre à jour son dossier vaccinal et lui administrer les vaccins dont il pourrait avoir besoin.
- ❏ Nous n'avons pas de données sur la situation vaccinale de votre enfant. Veuillez prendre contact avec nous dans les plus brefs délais.
- ❏ Votre enfant a été en contact avec un cas de coqueluche et, étant donné son jeune âge, il devrait recevoir un antibiotique (érythromycine). À cet effet, consultez votre médecin ou votre CLSC.

Si votre enfant manifeste un des symptômes mentionnés ci-dessus (toux forte qui survient brusquement, difficulté à reprendre son souffle, chant du coq, vomissements en fin de toux) :

a) avisez le service de garde ;

b) gardez-le à la maison ;

c) consultez votre médecin ou votre CLSC pour obtenir un diagnostic et, s'il y a lieu, un traitement (apportez cette lettre avec vous).

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Renseignements et conseils pratiques

Définition

La coqueluche est une infection bactérienne qu'on peut prévenir par la vaccination.

Manifestations

En général, l'infection se manifeste d'abord par un écoulement nasal et de la toux, laquelle devient rapidement fréquente et plus importante. Après une quinte de toux, l'enfant peut, en inspirant, émettre un bruit rappelant le chant du coq (d'où le nom de « coqueluche »). Pendant la quinte de toux, son visage peut prendre une couleur bleue. Il est fréquent que l'enfant vomisse par la suite.

Les enfants prennent du temps à se remettre de la coqueluche. Les symptômes persistent généralement pendant six à dix semaines. La maladie se révèle plus grave chez les enfants de moins d'un an ; dans de nombreux cas, elle nécessite même l'hospitalisation.

La coqueluche se transmet très facilement entre les membres d'une même famille ou entre les enfants d'un même service de garde. La bactérie se propage par voie aérienne ou par contact direct.

Prévention

On peut prévenir la coqueluche ou, du moins, en diminuer les complications en administrant un vaccin. Le vaccin peut parfois causer de la fièvre, de la douleur ou de l'enflure au point d'injection. Les risques de complications associés à la coqueluche chez les nourrissons sont de beaucoup supérieurs aux risques liés à la vaccination.

Un enfant qui contracte l'infection peut être traité à l'aide d'un antibiotique, qu'il devra prendre pendant deux semaines. Le médicament peut à la fois contribuer à diminuer le risque de transmission et procurer un soulagement lorsqu'il est administré tôt.

Ce que les parents peuvent faire

Si des cas de coqueluche se déclarent au service de garde, vérifiez le carnet de santé de votre enfant pour savoir s'il a reçu ou non les doses de vaccin contre la coqueluche nécessaires à son âge.

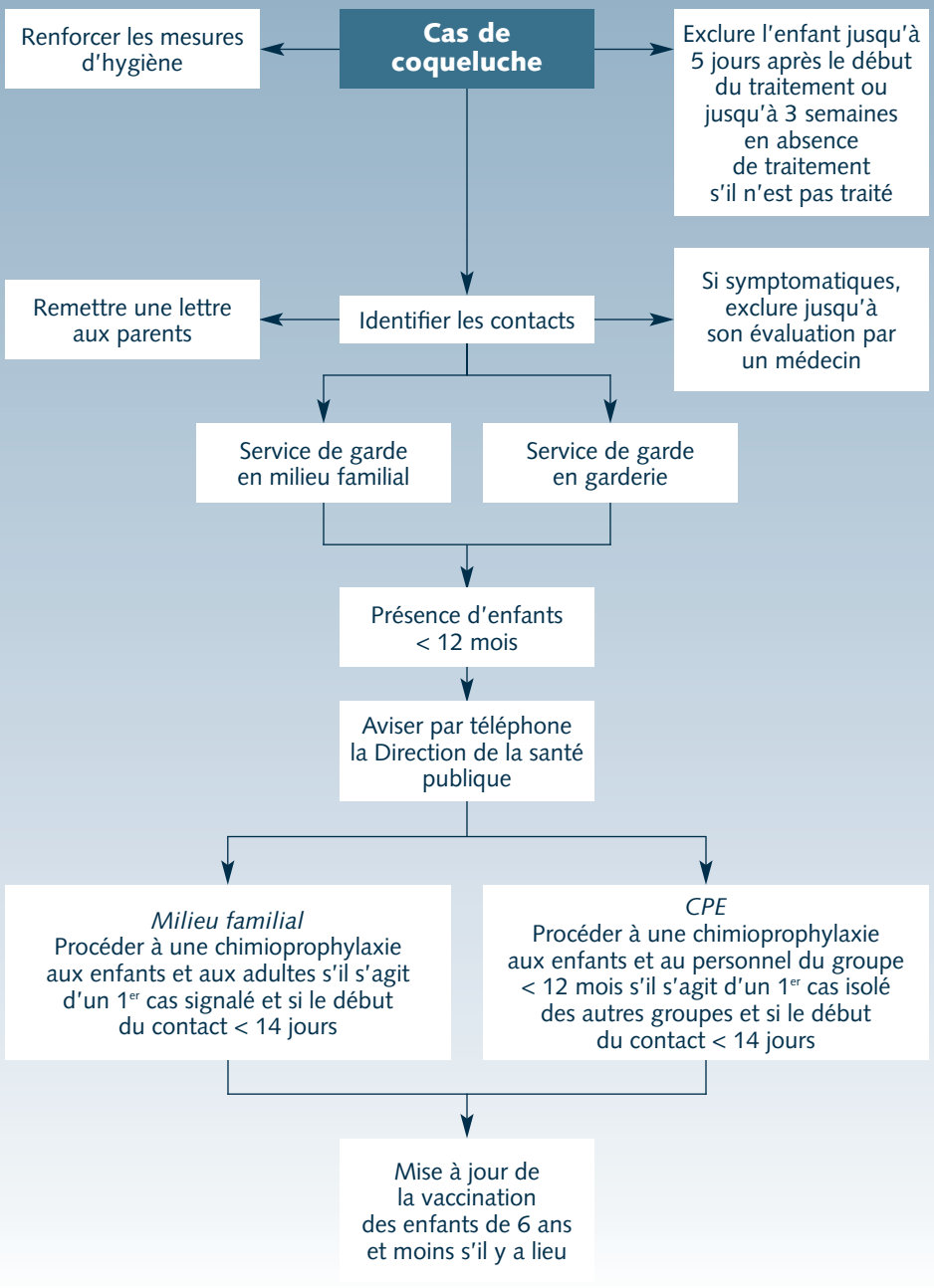
Surveillez les signes et les symptômes de coqueluche chez votre enfant et consultez votre médecin ou votre CLSC au besoin.

COQUELUCHE

Si votre enfant est atteint de coqueluche :

- Il ne peut retourner au service de garde avant d'avoir terminé au moins cinq jours de traitement antibiotique ;
- Vous devez attendre trois semaines avant de renvoyer l'enfant au service de garde si aucun traitement n'est administré.

Arbre décisionnel


Cas de coqueluche
Renforcer les mesures d'hygiène
Exclure l'enfant jusqu'à 5 jours après le début du traitement ou jusqu'à 3 semaines en absence de traitement s'il n'est pas traité
Identifier les contacts
Remettre une lettre aux parents
Si symptomatiques, exclure jusqu'à son évaluation par un médecin
Service de garde en milieu familial
Service de garde en garderie
Présence d'enfants < 12 mois
Aviser par téléphone la Direction de la santé publique
Milieu familial
Procéder à une chimioprophylaxie aux enfants et aux adultes s'il s'agit d'un 1er cas signalé et si le début du contact < 14 jours
CPE
Procéder à une chimioprophylaxie aux enfants et au personnel du groupe < 12 mois s'il s'agit d'un 1er cas isolé des autres groupes et si le début du contact < 14 jours
Mise à jour de la vaccination des enfants de 6 ans et moins s'il y a lieu

Information générale

Définition

Infection causée par le virus de Coxsackie. Les infections sont plus fréquentes l'été et l'automne.

Tableau clinique

L'infection est le plus souvent asymptomatique. La manifestation la plus fréquente de l'infection à Coxsackie est la fièvre. Les autres manifestations sont les suivantes : pharyngite vésiculeuse entérovirale (herpangine), stomatite vésiculeuse avec exanthème (syndrome pieds-mains-bouche), pharyngite lymphonodulaire entérovirale, myalgie épidémique, myocardite, conjonctivite épidémique hémorragique et méningite.

Complications

Une virémie chez la mère en fin de grossesse ayant contracté une infection à coxsackie peut causer une myocardite ou une encéphalite chez le nouveau-né. Cela demeure cependant rare.

Durée de la maladie

L'infection à coxsackie dure en général moins de dix jours.

Mode de transmission

L'infection à coxsackie se transmet par contact avec les sécrétions oropharyngées ou les selles d'une personne infectée (qu'elle présente des symptômes ou non), ou par inhalation de gouttelettes contaminées.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'infection à coxsackie dure de trois à cinq jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'infection à coxsackie est maximale pendant la phase aiguë de la maladie ; le virus peut persister pendant huit à douze semaines dans les selles.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'infection à coxsackie.

Immunité

L'infection à coxsackie confère une immunité pour le type de virus en cause.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Examen clinique.

▲ **exceptionnelles**

- Culture, amplification génique (PCR).

Traitement

▲ **spécifique**

- Administrer des gammaglobulines I.V. à haute teneur d'anticorps pourraient être bénéfiques aux immunosupprimés et dans les cas d'infection néonatale.

▲ **de soutien**

- Selon le tableau clinique.

Particularités associées au service de garde

Des épidémies d'infections à coxsackie sont possibles.

Particularités associées à la femme enceinte

Une virémie chez la mère en fin de grossesse peut causer une myocardite ou une encéphalite chez le nouveau-né.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure l'enfant si son état de santé lui permet de participer aux activités du service de garde.
  - Voir à respecter strictement les mesures d'hygiène en ce qui concerne les selles et les sécrétions oropharyngées.
- Contacts
  - Aucune intervention.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, en particulier le lavage des mains et la technique de changement de couches.

Désinfecter les surfaces et les jouets avec de l'eau de Javel diluée à 1:10.

Bien aérer les pièces.

Suivi

Aucun.

Lettre aux parents

Objet : Syndrome pieds-mains-bouche

Lieu : _____

Date : _____

Un enfant fréquentant le service de garde a souffert du syndrome pieds-mains-bouche. Cette maladie bénigne se manifeste par de la fièvre et l'apparition de rougeurs sous forme de vésicules (petites bulles) à la bouche, puis aux mains, aux pieds et, parfois, aux fesses.

La maladie peut se transmettre par contact avec les sécrétions de la bouche ou par les selles d'une personne infectée (présentant des symptômes de la maladie ou non), ou par l'inhalation de gouttelettes contaminées.

Si votre enfant manifeste les symptômes mentionnés ci-dessus :

a) avisez le service de garde ;

b) consultez un médecin ou votre CLSC si vous êtes incertain du diagnostic ou inquiet de l'état de votre enfant (apportez cette lettre avec vous).

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Information générale

Définition

La cryptosporidiose est une infection intestinale à *Cryptosporidium parvum*, un protozoaire coccidien.

Tableau clinique

La cryptosporidiose se traduit par une diarrhée liquide ou mucoïde parfois accompagnée de vomissements, d'anorexie, de douleurs abdominales et de symptômes respiratoires. Elle peut être asymptomatique.

Complications

La cryptosporidiose peut provoquer une diarrhée persistante et une perte de poids, surtout chez les immunosupprimés.

Durée de la maladie

La cryptosporidiose dure habituellement de dix à quatorze jours.

Mode de transmission

La cryptosporidiose se transmet par trois voies différentes :

- de personne à personne ou d'animal à personne, par contact avec des selles contaminées (mode de transmission fécal-oral) ;
- par de l'eau contaminée par des selles (d'origine humaine ou animale) ;
- par des aliments (tels que le jus de pomme et les produits laitiers non pasteurisés), des objets ou des surfaces contaminés.

Période d'incubation

La période d'incubation de la cryptosporidiose dure environ de deux à quatorze jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la cryptosporidiose dure tant que la personne infectée excrète des oocytes de *Cryptosporidium* (quelques jours à quelques semaines après avoir contracté l'infection) et, généralement, moins de deux semaines après la fin des symptômes.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la cryptosporidiose, mais le risque est plus élevé chez les personnes immunosupprimées.

Immunité

On ne sait pas si la cryptosporidiose confère une immunité.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Identification des oocytes dans les échantillons de selles.
- La recherche de cryptosporidium n'est pas faite de façon régulière dans tous les laboratoires. Il faut donc inscrire sur la requête « Recherche de cryptosporidium ».
- Tests d'immunofluorescence directe et enzyme immunoassay (EIA).

▲ exceptionnelles

- Aucune.

Traitement

▲ spécifique

- Il n'y a pas de traitement prouvé efficace. En général, l'infection se guérit d'elle même chez les patients immunocompétents. Pour les cas présentant des symptômes sévères et rebelles, on peut administrer de la paromomycine (25 à 35 mg/kg/24 h divisés en 3 ou 4 doses). Pour les patients immunosupprimés, ajouter de l'azithromycine pourrait se révéler bénéfique. Ceux-ci devraient être évalués en milieu spécialisé.

▲ de soutien

- Remplacement liquidien et électrolytique.

Particularités associées au service de garde

On signale dans les services de garde de plus en plus d'épidémies de diarrhée attribuables à cette maladie causées par Cryptosporidium. La transmission est favorisée par la présence d'enfants aux couches ou atteints de diarrhée. L'infection s'observe plus fréquemment vers la fin de l'été et le début de l'automne.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Lors de l'enquête, on doit :

- visiter le service de garde et enquêter si le nombre de cas de diarrhée est inhabituel ;
- identifier les contacts ;
- vérifier la possibilité d'une source de contamination animale.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Traiter l'enfant s'il est symptomatique et que son état l'exige. Son exclusion du service de garde dépend de la sévérité de sa diarrhée. (voir les mesures de contrôle sous « *Diarrhée* »).
  - Si l'enfant est asymptomatique, ne pas l'exclure, mais renforcer les mesures d'hygiène.
- Contacts
  - Considérer comme contacts tous les enfants du même groupe que le sujet ou de tout autre groupe où l'on a noté un nombre accru de cas de diarrhée.
  - Si le contact est symptomatique, rechercher le *Cryptosporidium* dans un prélèvement de ses selles. Remettre une lettre aux parents de ces enfants.
  - Si la recherche est positive, voir « Sujet », ci-dessus.
  - Si la recherche est négative, voir les mesures de contrôle sous « *Diarrhée* »
  - Si le contact est asymptomatique, aucune intervention n'est requise.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène et vérifier la technique de changement de couches.

Désinfecter le matériel utilisé au service de garde, incluant les jouets.

Lors d'éclosions en service de garde, désinfecter de préférence à l'aide d'une solution de peroxyde d'hydrogène 3 %, afin de détruire le *Cryptosporidium*.

Note
La solution d'ammoniaque à 5 % constitue une bonne alternative. Il faut cependant faire attention car, si elle est utilisée en combinaison avec de l'eau de Javel, elle dégagera une émanation toxique pour les humains.

Suivi

Surveiller l'apparition de cas secondaires.

Reprendre le processus d'enquête et de contrôle mentionné ci-dessus, si cela s'avère nécessaire.

Lettre aux parents

Objet : Cryptosporidiose

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a présentement des cas de cryptosporidiose au service de garde. Causée par un parasite intestinal, cette maladie se manifeste par de la diarrhée et des maux de ventre.

Votre enfant présente des symptômes compatibles avec cette maladie. Nous vous demandons donc de nous fournir un échantillon de ses selles pour fins d'analyse. Le matériel nécessaire vous est fourni. Veuillez retourner les prélèvements de selles à :

_____

Nous vous aviserons des résultats et des mesures à prendre, si cela est nécessaire.

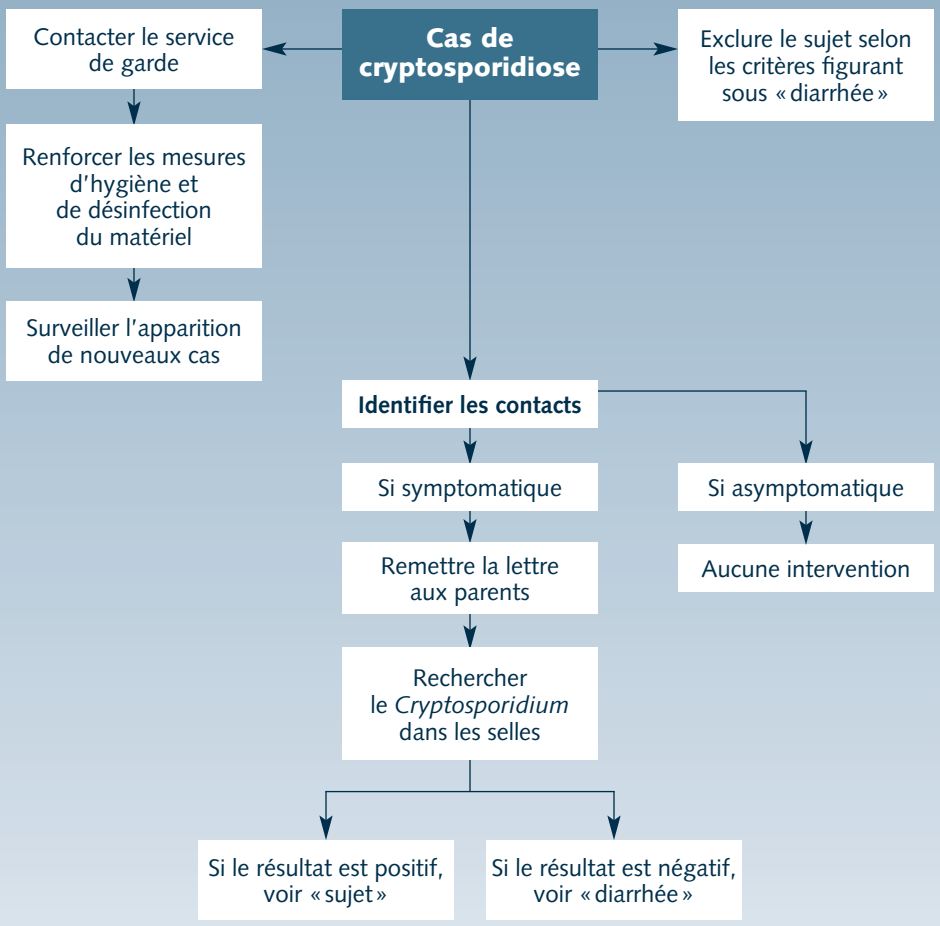
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas de cryptosporidiose
Contacter le service de garde
Renforcer les mesures d'hygiène et de désinfection du matériel
Surveiller l'apparition de nouveaux cas
Exclure le sujet selon les critères figurant sous « diarrhée »
Identifier les contacts
Si symptomatique
Remettre la lettre aux parents
Rechercher le *Cryptosporidium* dans les selles
Si le résultat est positif, voir « sujet »
Si le résultat est négatif, voir « diarrhée »
Si asymptomatique
Aucune intervention

Information générale

Définition

Le cytomégalovirus (CMV) est un virus du groupe des herpesviridés, considéré comme un des principaux responsables des infections virales congénitales en Amérique du Nord (il affecte entre 0,2 et 2 % des nouveau-nés). Les infections acquises après la naissance sont plus fréquentes, mais leur gravité est moindre que celle des infections congénitales.

Tableau clinique

▲ Infection congénitale

- L'infection à cytomégalovirus congénitale est le plus souvent asymptomatique. Les manifestations cliniques comprennent la microcéphalie, l'ictère, des pétéchies, une rétinite et d'autres symptômes pouvant entraîner des séquelles à long terme (surdité, déficit mental, troubles visuels) ou la mort.
- Une infection intra-utérine attribuable à une primo-infection chez la mère entraîne des séquelles importantes dans 10 à 20 % des cas. S'il s'agit d'une réactivation ou d'une réinfection (mère séropositive avant la grossesse), les séquelles sont moins fréquentes (5 %) et moins sévères (en général : surdité modérée).

▲ Infection acquise

- L'infection à cytomégalovirus acquise est le plus souvent asymptomatique. Parfois, elle provoque des symptômes qui ressemblent à ceux d'une mononucléose infectieuse ou d'une hépatite virale. Chez les immunosupprimés, on observe des atteintes pulmonaires, digestives, neurologiques ou rénales.

Complications

Les complications liées à l'infection à cytomégalovirus varient selon le type d'infections ou l'individu en cause (voir le tableau clinique).

Durée de la maladie

Le durée de l'infection à cytomégalovirus est variable.

Mode de transmission

L'infection à cytomégalovirus se transmet de cinq façons différentes :

- par voie transplacentaire (*in utéro*) ;
- par le passage à travers le tractus vaginal infecté (à l'accouchement) ;
- par l'ingestion de lait maternel contaminé ;

- de personne à personne, par contact avec des liquides biologiques contaminés (urine, salive);
- par la greffe (reins, cœur, foie) d'organes de personnes infectées.

Note
Le CMV peut survivre et rester viable jusqu'à huit heures sur les objets inanimés.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'infection à cytomégalovirus après une transmission de personne à personne est inconnue. Elle dure de deux à douze semaines après une transfusion, une greffe ou un accouchement.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'infection à cytomégalovirus dure de plusieurs mois à plusieurs années (dans le cas d'infections congénitales).

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter le CMV. Celui-ci reste latent après une primo-infection; une réactivation peut survenir plusieurs années plus tard, particulièrement chez les individus immunosupprimés. La plupart des infections congénitales symptomatiques sont le résultat d'une primo-infection chez la mère.

Immunité

La présence d'anticorps indique une infection antérieure. Cependant, le CMV ne semble pas conférer une immunité à 100 %, car des réactivations, voire des réinfections, sont toujours possibles.

La mise au point d'un vaccin est présentement à l'étude.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Recherche d'anticorps spécifiques dans le sang.

▲ exceptionnelles

- Isolement du virus (par culture). La mise au point de nouvelles méthodes de diagnostic direct sur des sécrétions ou des tissus est en cours.

Traitement

▲ spécifique

- Certains agents antiviraux (dont le ganciclovir) sont utilisés dans le cas d'infections graves chez l'adulte immunosupprimé. Les antiviraux pour l'enfant sont à l'étude.

▲ **de soutien**

- Selon les manifestations cliniques.

Particularités associées au service de garde

La recherche quant à la prévalence du CMV est plus documentée dans les centres de la petite enfance que dans les services de garde en milieu familial. Jusqu'à 70 % des enfants âgés de moins de 3 ans fréquentant un centre de la petite enfance peuvent excréter le virus dans leurs urines. L'enfant porteur de l'infection peut transmettre le CMV à d'autres enfants, au personnel éducateur et à ses parents.

Plusieurs études ont rapporté entre 8 et 24 % d'incidence annuelle de l'infection à CMV chez le personnel de services de garde. Ce risque de contracter l'infection est plus élevé pour le personnel en charge des enfants âgés de moins de 3 ans (30 et 50 % du personnel par année). Même si le nombre d'enfants excrétant le CMV est moindre dans les services de garde en milieu familial, le risque de contacter l'infection semble cependant être le même pour le personnel des services de garde en milieu familial que pour celui des centres de la petite enfance.

En Suède, une étude laisse entendre que le personnel féminin qui travaille en service de garde avec des enfants plus âgés risque peu d'accoucher d'un enfant atteint d'une infection congénitale.

Particularités associées à la femme enceinte

Une femme enceinte porteuse d'anticorps anti-CMV peut faire soit une réinfection, soit une réactivation. Cependant, les conséquences pour le fœtus ou le nouveau-né sont moins importantes que dans le cas d'une personne non immune (séronégative au CMV).

Au Québec, on recommande le retrait préventif des éducatrices enceintes du milieu de garde (indépendamment de son état sérologique pour le CMV) lorsqu'elles ne peuvent être affectées à d'autres tâches moins à risque.

Les éducatrices en service de garde en milieu familial ou les femmes qui planifient une grossesse et qui sont en contact avec de jeunes enfants fréquentant un service de garde doivent appliquer rigoureusement les mesures d'hygiène, notamment laver leurs mains après qu'elles ont été en contact avec l'urine ou la salive des enfants. On a démontré que les femmes enceintes bien informées de l'épidémiologie du CMV sont suffisamment motivées pour bien suivre les recommandations qui leur sont faites et, ce faisant, elles n'acquièrent pas l'infection.

On peut également envisager, d'une part, d'affecter provisoirement ces éducatrices auprès des enfants âgés de 3 ans et plus et, d'autre part, de procéder à un dépistage sérologique (suivi d'un « counselling » médical).

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Aucune, sauf maintenir l'hygiène à la maison et dans le service de garde.
- Contacts
  - En général, aucune.

Environnement

Profiter de la déclaration d'un cas en service de garde pour sensibiliser les personnes intéressées à l'hygiène personnelle et environnementale (particulièrement au nettoyage des surfaces et des jouets en contact avec des liquides biologiques).

Renforcer les mesures d'hygiène dans le service de garde et à la maison du sujet.

Insister sur le risque que représentent l'urine et la salive des enfants pour les femmes enceintes susceptibles au CMV.

Suivi

Au besoin, organiser une rencontre pour fournir des renseignements sur les particularités du CMV chez les femmes enceintes et les individus immunosupprimés.

Information générale

Définition

La dermatite de couches consiste en une irritation superficielle du siège, d'intensité légère à sévère, causée par plusieurs facteurs : humidité locale, friction, selles ou irritants chimiques (détergent, assouplisseur). Elle peut se surinfecter par le *Candida albicans* ou par des bactéries.

Tableau clinique

La dermatite de couches présente les symptômes suivants :

- dermatite irritative ;
- érythème atteignant le siège mais épargnant les plis inguinaux ;
- intertrigo ;
- érythème atteignant les plis inguinaux et le pli interfessier, avec macération plus ou moins importante de la peau, souvent accompagné de surinfection à *Candida albicans*.

Complications

La dermatite de couches peut entraîner les complications suivantes :

- surinfection bactérienne ;
- surinfection à *Candida albicans.* (Cette surinfection se manisfeste par un érythème s'étendant jusqu'au fond des plis inguinaux et par la présence de lésions arrondies en périphérie.)

Durée de la maladie

La durée de la dermatite de couches est variable.

Mode de transmission

La plupart des dermatites de couches sont d'origine endogène.

Période d'incubation

Il n'y a pas de période d'incubation, parce que la majorité des infections sont endogènes.

Période de contagiosité

Le *Candida albicans* demeure sur la peau tant que les lésions sont présentes.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la dermatite de couches. Cette infection est plus répandue chez les enfants de moins d'un an et, plus particulièrement, s'ils présentent des selles fréquentes.

Immunité

La dermatite de couches ne confère aucune immunité.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Examen clinique.

▲ exceptionnelles

- Culture.

Traitement

▲ spécifique

- S'il s'agit d'une *dermatite irritative rebelle :* application locale de corticostéroïdes 2 à 3 fois/jour pendant 3 jours.

Note
Les corticostéroïdes fluorés sont contre-indiqués parce qu'ils peuvent induire une atrophie cutanée ou des granulomes.

- S'il s'agit d'une *dermatite à Candida albicans :*
  application locale d'un antifongique (nystatine).
- S'il s'agit d'une *dermatite bactérienne :*
  antibiothérapie par voie topique ou buccale, selon la gravité.

▲ de soutien

- Garder la région périnéale sèche et propre.
- Laver la peau à l'eau tiède et au savon doux à chaque changement de couche, et assécher en épongeant. Garder les fesses à l'air peut aider dans les cas rebelles.
- Appliquer à chaque changement de couche de la vaseline ou une crème à base d'oxyde de zinc non parfumée ou, avec une autorisation médicale, une crème contenant des vitamines A et D.
- Éviter les culottes en plastique qui gardent l'humidité et empêchent l'air de circuler.

Particularités associées au service de garde

On signale souvent des dermatites de couches dans les services de garde recevant des enfants aux couches. L'utilisation de couches en papier diminue la fréquence de ces dermatites. Les immunosupprimés et les diabétiques ont des prédispositions à l'infection à *Candida albicans*.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure.
- Contacts
  - Aucune mesure.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène.

Suivi

Porter une attention particulière à la fréquence du changement de couches si des cas surviennent chez les nourrissons.

DIARRHÉE[2] (incluant la diarrhée ÉPIDÉMIQUE)

Information générale

Définition

La diarrhée est une affection intestinale survenant sous forme épidémique et pouvant être causée par différents agents. Elle se définit par un nombre de selles deux fois plus important qu'à l'habitude ou un changement de la consistance des selles vers la liquidité.

Même si on ne peut pas toujours identifier l'agent, la plupart des diarrhées sont d'origine infectieuse. Mais il peut également avoir des diarrhées sans qu'il n'y ait d'infection (ex. : allergie alimentaire, prise d'antibiotiques).

En service de garde, on parle de diarrhée épidémique si on observe 2 cas ou plus de diarrhée dans un même groupe d'enfants à l'intérieur d'une période de 48 heures.

Tableau clinique

La diarrhée est une affection généralement bénigne caractérisée par des selles liquides et des douleurs abdominales. Elle peut également s'accompagner de nausées, de vomissements, de myalgies, de céphalées et, parfois, de l'hyperthermie légère.

Note
Pour obtenir de l'information sur les diarrhées causées par des agents connus, voir les sections correspondantes.

Complications

Les complications liées à la diarrhée varient selon l'agent causal.

Durée de la maladie

La durée de la diarrhée varie selon l'agent causal.

Mode de transmission

La diarrhée se transmet généralement par voie fécale-orale mais, pour certains agents, on suspecte la transmission par voie respiratoire. Peu importe l'agent causal, la transmission est facilitée lorsque les selles sont liquides et fréquentes. Le risque est plus grand lorsque la diarrhée survient chez un enfant aux couches.

2. On se limitera dans ce chapitre aux diarrhées infectieuses.

DIARRHÉE (incluant la diarrhée ÉPIDÉMIQUE)

Période d'incubation

Variable selon l'agent causal, la période d'incubation de la diarrhée peut durer de quelques heures à quelques jours.

Période de contagiosité

Variable selon l'agent causal, la période de contagiosité de la diarrhée correspond généralement à la phase aiguë de la maladie.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la diarrhée.

Immunité

La durée de l'immunité conférée par la diarrhée varie selon l'agent.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Examen clinique, culture de selles, recherche de parasites ou de toxines.

▲ **exceptionnelles**

- Microscopie électronique, culture cellulaire.
- Recherche d'antigène de rotavirus (l'hiver).

Traitement

▲ **spécifique**

- Selon l'agent causal. Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués, spécialement chez les enfants.

▲ **de soutien**

- Réhydratation et remplacement électrolytique.

Particularités associées au service de garde

La diarrhée est le deuxième problème de santé le plus fréquent en service de garde après les IVRS. Un agent pathogène peut être identifié dans 25 % des épidémies de diarrhée. La diarrhée est surtout présente chez les enfants aux couches, et le risque est plus grand chez les enfants en centre de la petite enfance plutôt que chez ceux en services de garde en milieu familial.

Les agents les plus souvent en cause dans la diarrhée épidémique chez les enfants en milieu de garde sont les suivants : rotavirus, *Giardia lamblia*, adénovirus entériques, *Shigella* et *Escherichia coli* 0157:H7. Les moins souvent en cause sont les suivants : *Cryptosporidium, Salmonella, Clostridium difficile* et *Campylobacter*.

Particularités associées à la femme enceinte

Selon l'agent causal. Pour plus d'informations sur ce sujet, on doit se référer aux chapitres correspondants.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune enquête n'est requise s'il s'agit d'un cas isolé. On doit faire enquête après une déclaration de diarrhée épidémique. Une visite sur place peut être souhaitable dans certains cas. Si des cas isolés sont présents dans d'autres groupes, on doit vérifier s'il y a un lien épidémiologique avant de procéder à une enquête plus exhaustive.

On doit également :

- vérifier s'il y a possibilité d'intoxication alimentaire.
- s'informer si des enfants et des membres du personnel du service de garde ont récemment consulté un médecin pour diarrhée et si des cultures de selles ont été faites ;
- vérifier les résultats des cultures, s'il y a lieu ;
- identifier les contacts.

Mesures de contrôle

- Sujet

  Exclure l'enfant si :

  – il est trop malade pour suivre les activités du service de garde ;
  – la fréquence des selles est anormalement élevée ;
  – la diarrhée a été accompagnée de deux vomissements ou plus au cours des dernières 24 heures ;
  – l'enfant est fébrile ;
  – il y a présence de mucus ou de sang dans ses selles (culture de selles recommandée) ;
  – les selles sont trop abondantes pour être contenues par la couche.

Note
L'enfant est immédiatement isolé des autres enfants jusqu'à ce qu'on vienne le chercher.

- Contacts
  – Considérer comme contacts les enfants d'un groupe où l'on a noté un nombre accru de cas de diarrhée. Remettre une lettre aux parents des contacts symptomatiques.
  – Si le contact est symptomatique, exclure l'enfant selon les mêmes critères que ceux du sujet.

– Si des enfants présentent du sang ou du mucus dans leurs selles ou si l'épidémie persiste, faire des cultures de selles chez quatre ou cinq enfants symptomatiques. Chez les moins de 2 ans, en dehors de la période estivale, faire aussi une recherche de rotavirus. Si l'agent spécifique est identifié, voir la section correspondante.
– Si la culture est négative, l'enfant peut réintégrer le service de garde dès la disparition de la diarrhée.
– Si une diarrhée épidémique perdure dans le milieu de garde, poursuivre l'investigation en recherchant, chez quatre à cinq enfants symptomatiques, les pathogènes suivants : *Giardia lamblia, Cryptosporidium*, toxine du *Clostridium difficile*, virus entériques.
– Si le contact est asymptomatique, aucune intervention n'est requise.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, et réviser la technique de changement de couches.

Pour les diarrhées épidémiques d'origine virale (ce qui est considéré comme le plus probable tant qu'un agent spécifique n'a pas été identifié), laver les mains avec un gel ou une serviette de papier imbibée d'un agent contenant de l'alcool est préférable à les laver à l'eau et au savon ou aux autres désinfectants.

Recommander l'utilisation de couches de papier.

Désinfecter quotidiennement le matériel utilisé par les enfants au service de garde, notamment les jouets.

Interdire à ceux qui préparent et servent les repas de changer les couches des nourrissons.

Suivi

Surveiller le service de garde jusqu'à la fin de l'éclosion.

S'informer du résultat des cultures de selles chez les enfants qui en ont eu.

Lettre aux parents

Objet : Diarrhée épidémique

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Votre enfant souffre présentement de diarrhée, comme plusieurs autres enfants au service de garde.

- ❑ Votre enfant est présentement trop malade pour fréquenter le service de garde. Vous devez le garder à la maison jusqu'à la disparition de la diarrhée.
- ❑ Pour identifier une cause possible d'épidémie, nous vous demandons d'effectuer des prélèvements de ses selles à l'aide du matériel que nous vous fournissons.
- ❑ Malgré sa légère maladie, votre enfant peut, pour l'instant, continuer à fréquenter le service de garde, mais nous vous demandons de le garder à la maison et de prendre contact avec votre médecin si la diarrhée s'accompagne de 2 vomissements ou plus par 24 heures, s'il est fébrile ou si ses selles comportent du sang ou du mucus.

Si vous consultez un médecin, veuillez lui présenter cette lettre.

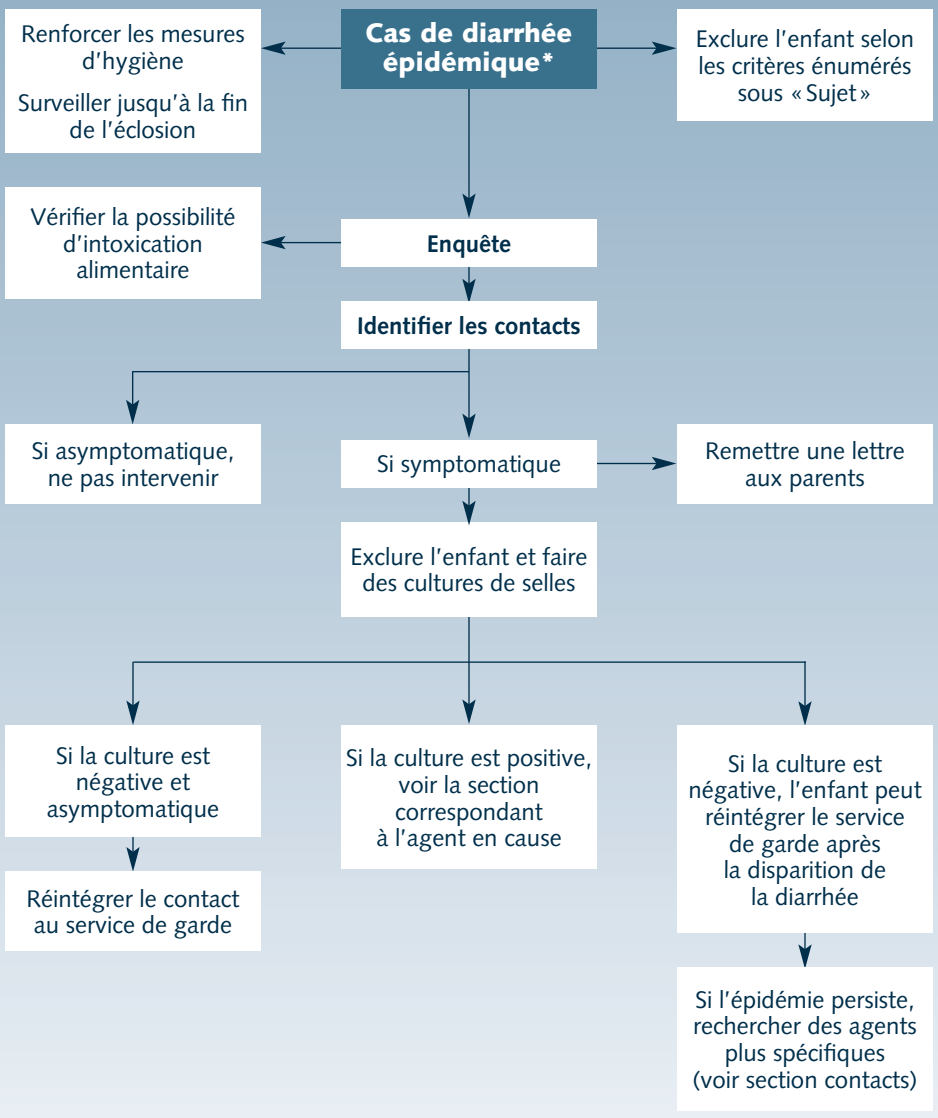
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas de diarrhée épidémique*
Renforcer les mesures d'hygiène
Surveiller jusqu'à la fin de l'éclosion
Exclure l'enfant selon les critères énumérés sous « Sujet »
Vérifier la possibilité d'intoxication alimentaire
Enquête
Identifier les contacts
Si asymptomatique, ne pas intervenir
Si symptomatique
Remettre une lettre aux parents
Exclure l'enfant et faire des cultures de selles
Si la culture est négative et asymptomatique
Réintégrer le contact au service de garde
Si la culture est positive, voir la section correspondant à l'agent en cause
Si la culture est négative, l'enfant peut réintégrer le service de garde après la disparition de la diarrhée
Si l'épidémie persiste, rechercher des agents plus spécifiques (voir section contacts)

* Deux cas ou plus de diarrhée dans un même groupe en moins de 48 heures

Information générale

Définition

Très rare en Amérique du Nord, la diphtérie est une maladie d'origine bactérienne, aiguë et grave, causée par la toxine du *Corynebacterium diphtheriæ.*

Tableau clinique

La diphtérie est le plus souvent asymptomatique, surtout lorsque des souches non productrices de toxine sont en cause. Lorsqu'elle est symptomatique, elle se manifeste comme suit : amygdalite, nasopharyngite membraneuse, laryngotrachéite obstructive et, quelquefois, atteinte des tissus cutanés et des muqueuses (conjonctivales, génitales).

Complications

Les complications liées aux effets tardifs de la toxine sont les suivantes : obstruction des voies aériennes supérieures, myocardite et paralysie des nerfs crâniens ou périphériques.

La diphtérie cause des décès dans 5 à 10 % des cas. La mortalité plus élevée chez les très jeunes enfants et les personnes âgées.

Durée de la maladie

La durée de la diphtérie est variable.

Mode de transmission

La diphtérie se transmet de deux façons différentes :

- par voie aérienne, c'est-à-dire par les macrogouttelettes provenant des voies respiratoires ou par contact avec les sécrétions du nez, de la gorge, des yeux ou des lésions cutanées d'un malade ou d'un porteur d'une souche toxinogène ;
- par contact avec des objets souillés par des sécrétions contaminées (rare).

Période d'incubation

La période d'incubation de la diphtérie dure habituellement de deux à cinq jours, parfois plus.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la diphtérie dure tant que les bacilles sont présents dans les écoulements ou les lésions. Si la maladie est traitée, la contagion dure : un ou deux jours, parfois jusqu'à quatre jours ; si elle ne l'est pas, la contagion dure habituellement deux semaines ou moins, mais elle peut se prolonger jusqu'à quatre semaines, parfois plus.

Il existe des porteurs chroniques malgré le traitement antibiotique. Cet état peut persister jusqu'à six mois ou plus.

Réceptivité

Toute personne dont la couverture vaccinale n'est pas adéquate peut contracter la diphtérie.

Immunité

La diphtérie ne confère pas nécessairement une immunité persistante. Par conséquent, le malade en convalescence doit être vacciné. Le programme de vaccination complet confère une bonne immunité (> 99 %).

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Tableau clinique et isolement de la bactérie et de la toxine par technique spéciale.

▲ exceptionnelles

- Aucune.

Traitement

▲ spécifique

- Commencer le traitement sans attendre la confirmation bactériologique.
- Sérothérapie : administration d'antitoxine équine (précédée d'un test d'allergie) selon un dosage variant entre 20 000 et 120 000 unités selon la durée de la maladie et l'extension des membranes.
- Antibiothérapie : pénicilline ou érythromycine
- Traitement parentéral : pénicilline G procaïnée, IM, 25 000 à 50 000 unités/kg/24 h (dose maximale) ou 1,2 million d'unités/24 h divisés en deux doses ou pénicilline G crystalline 100 000 à 150 000 unités/kg/24 h divisé en 4 doses ou érythromycine IV, 40 à 50 mg/kg/24 h, dose maximale de 2 g par jour divisé en 4doses.
- Traitement par voie orale : érythromycine, 40-50 mg/kg/24 h, divisé en 4 doses (2 g par jour) pendant 14 jours.
- Pour la diphtérie cutanée, on recommande de bien nettoyer les lésions avec de l'eau et du savon.
- Administration d'une dose d'anatoxine en phase de convalescence (La maladie ne produit pas nécessairement une quantité adéquate d'antitoxines.)

▲ de soutien

- L'hospitalisation et l'isolement s'avèrent nécessaires si la personne présente des symptômes.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Lors de l'enquête, on doit :

- vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant ;
- aviser immédiatement le directeur régional de la santé publique ;
- visiter le service de garde et identifier les contacts ;
- vérifier le nombre de doses du vaccin antidiphtérique reçues par le personnel et les enfants du service de garde.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Exclure le sujet du service de garde. Le réadmettre lorsque l'élimination de l'organisme a été confirmée par les résultats de deux cultures de contrôle négatives, les prélèvements devant être effectués à 24 heures d'intervalle, au moins 24 heures après la fin du traitement.
- Contacts
  - Considérer comme contact toute personne ayant été en présence d'un cas de diphtérie entre les sept jours ayant précédé le début des symptômes et les quatre jours qui ont suivi le début du traitement (diphtérie respiratoire), ou entre le début de la maladie et les quatre jours qui ont suivi le début du traitement (diphtérie cutanée).

  Sont inclus dans la liste des contacts :
  - les personnes vivant sous le même toit ;
  - les amis, les parents et les gardiens visitant régulièrement la maison ;
  - le personnel et les enfants du service de garde.

  Si le dernier contact avec un sujet en phase contagieuse remonte à :

  Sept jours ou moins :
  - surveiller activement la personne pendant sept jours, c'est-à-dire effectuer au moins une relance téléphonique quotidienne. Le contact doit être avisé de consulter un médecin s'il constate l'apparition de symptômes suspects (ex. : mal de gorge) ;
  - effectuer des prélèvements nasal et pharyngé et des lésions cutanées, le cas échéant. Si la culture est positive, adopter les mêmes mesures de contrôle que pour le sujet ;

– administrer une antibioprophylaxie : érythromycine, 40-50 mg/kg/24 h, divisés en 4 doses, (max. 2 g/24 h), *p. o.*, pendant 7 à 10 jours, ou pénicilline G Benzathine, 600 000 (> 30 kg) à 1 200 000 unités (> 30 kg), IM, en dose unique.
– exclure les personnes qui manipulent des aliments.
– en attendant les résultats des cultures, laisser les contacts ne présentant pas de symptômes, autres que les personnes qui manipulent des aliments, poursuivre leurs activités régulières ;
– mettre à jour la vaccination contre la diphtérie.

Plus de sept jours :

– effectuer des prélèvements nasal, pharyngé et des lésions cutanées, le cas échéant. Si la culture est positive, adopter les mêmes mesures de contrôle que pour le sujet ;
– mettre à jour la vaccination contre la diphtérie.

Tableau 5 Intervention selon le nombre de doses de vaccin reçues

Nombre de doses déjà reçues	Intervention
Moins de 3 doses ou inconnu	1 dose d'anatoxine diphtérique* immédiatement ; poursuivre selon le calendrier recommandé
≥ 3 doses, dernière dose > 5 ans	1 dose de rappel
≥ 3 doses, dernière dose < 5 ans	1 dose aux enfants qui doivent recevoir leur 4e ou 5e dose ; sinon, aucune dose, sauf si la culture est positive

* Utiliser un vaccin combiné adapté à l'âge et à la situation vaccinale (ex. : d_2T_5, $D_{25}T_5$, $D_{25}CT_5$, etc.)

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène.

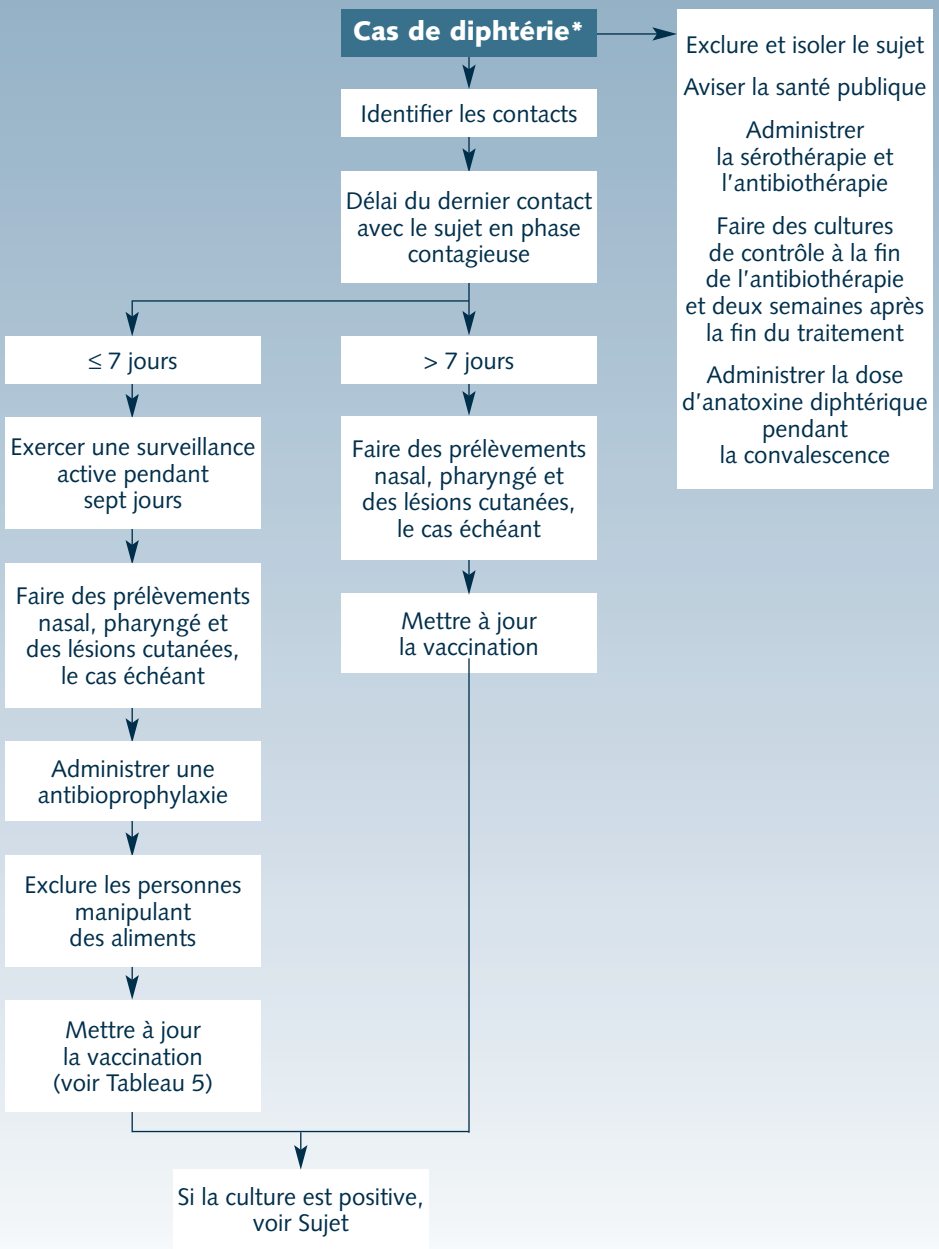
Suivi

S'assurer que le sujet obtient des résultats de culture de contrôle négatifs pour des prélèvements faits à 24 heures d'intervalle, 2 semaines après la fin du traitement.

S'assurer que les contacts réceptifs ont été vaccinés.

Administrer la Pénicilline G (plus le vaccin si l'immunisation est incomplète) à tous les contacts qu'on ne peut pas surveiller.

Arbre décisionnel


Cas de diphtérie*
Exclure et isoler le sujet
Aviser la santé publique
Administrer la sérothérapie et l'antibiothérapie
Faire des cultures de contrôle à la fin de l'antibiothérapie et deux semaines après la fin du traitement
Administrer la dose d'anatoxine diphtérique pendant la convalescence
Identifier les contacts
Délai du dernier contact avec le sujet en phase contagieuse
≤ 7 jours
> 7 jours
Exercer une surveillance active pendant sept jours
Faire des prélèvements nasal, pharyngé et des lésions cutanées, le cas échéant
Administrer une antibioprophylaxie
Exclure les personnes manipulant des aliments
Mettre à jour la vaccination (voir Tableau 5)
Faire des prélèvements nasal, pharyngé et des lésions cutanées, le cas échéant
Mettre à jour la vaccination
Si la culture est positive, voir Sujet

* Administrer aux contacts que l'on ne peut pas surveiller de la Peniciline benzatine G Benzathine plus un vaccin, si l'immunisation est incomplète

Information générale

Définition

Souvent asymptomatique, l'infection à échovirus est causée par les virus du groupe ECHO. Les infections sont fréquentes l'été et l'automne. (La poliomyélite est exclue des infections dont il sera question ici.)

Tableau clinique

Le symptôme le plus fréquent de l'infection à échovirus est la fièvre. Les autres manifestations sont les suivantes : exanthème, méningite, hépatite, rhume et pharyngite. Selon l'organe atteint, des tableaux cliniques particuliers ont été décrits : méningite et exanthème (ÉCHO 9), nécrose hépatique néonatale fulminante (ÉCHO 11).

Complications

Une virémie à échovirus chez la mère en fin de grossesse peut causer une hépatite fulminante chez le nouveau-né. Cela demeure cependant rare.

Durée de la maladie

L'infection à échovirus dure en général moins de dix jours.

Mode de transmission

L'infection à échovirus se transmet par contact avec les sécrétions oropharyngées ou avec les selles d'une personne infectée (symptomatique ou non).

Période d'incubation

La période d'incubation de l'infection à échovirus dure de trois à six jours.

Période de contagiosité

ériode maximale de contagiosité de l'infection à échovirus est atteinte pendant la phase aiguë de la maladie, mais le virus peut persister pendant huit à douze semaines dans les selles.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'infection à échovirus.

Immunité

L'infection à échovirus confère une immunité pour le type de virus en cause.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Examen clinique.

▲ **exceptionnelles**

- Culture.
- Test d'amplification génique (PCR) pour les entérovirus.

Traitement

▲ **spécifique**

- Des gammaglobulines IV à haute teneur d'anticorps pourraient être bénéfiques aux immunosupprimés et dans les cas d'infection néonatale.

▲ **de soutien**

- Selon le tableau clinique.

Particularités associées au service de garde

Des épidémies à échovirus sont possibles.

Particularités associées à la femme enceinte

Une virémie chez la mère en fin de grossesse peut causer une hépatite fulminante, une myocardite ou une encéphalite chez le nouveau-né

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure l'enfant si son état de santé lui permet de participer aux activités du service de garde.
  - Respecter strictement les mesures d'hygiène en ce qui concerne les selles et les sécrétions oropharyngées.
- Contacts
  - Aucune intervention.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, en particulier le lavage des mains et la technique de changement de couches.

Désinfecter les surfaces et les jouets avec de l'eau de Javel diluée à 1 :10 se révèle efficace.

Suivi

Aucun.

Information générale

Définition

L'érythème infectieux est une maladie éruptive bénigne, causée par le parvovirus B19, qui a une incidence saisonnière et qui survient surtout l'hiver et le printemps.

Tableau clinique

L'érythème infectieux présente au début des symptômes non spécifiques : maux de tête, malaise général et myalgie, lesquels sont suivis d'une éruption caractéristique qui évolue en trois phases. Elle commence au visage (joues très rouges) et est suivie, quelques jours plus tard, d'une éruption maculopapulaire sur le tronc et les membres. Au cours des trois semaines qui suivent, elle peut réapparaître sous l'influence de changements environnementaux, tels qu'un bain chaud, une friction et une exposition au soleil, ou à la suite d'un exercice physique. Environ 25 % des cas sont asymptomatiques.

La maladie est généralement bénigne pour les enfants normaux. Par contre, elle peut provoquer une crise aplasique chez les personnes souffrant d'une hémoglobinopathie, et une anémie sévère chez celles qui présentent un déficit immunitaire.

Complications

L'érythème infectieux entraîne rarement des complications : arthralgie et arthrite, surtout chez les adultes (femmes), et anémie grave chez les immunosupprimés et les personnes atteintes d'anémie hémolytique.

Durée de la maladie

L'érythème infectieux dure jusqu'à trois semaines ou plus.

Mode de transmission

L'érythème infectieux se transmet de quatre façons différentes :

- par inhalation de sécrétions respiratoires contaminées ;
- par contact avec des objets ou des mains contaminés par des sécrétions ;
- de la mère à son fœtus ;
- par le sang ou des produits sanguins (rare).

Période d'incubation

La période d'incubation de l'érythème infectieux varie de quatre à quatorze jours, mais elle peut se prolonger jusqu'à vingt jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'érythème infectieux précède jusqu'à sept jours l'apparition de l'éruption ; **elle se termine au moment de l'éruption**. Par contre, chez les immunosupprimés, elle peut persister des mois, et même des années.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'érythème infectieux. Cette maladie survient surtout chez les enfants âgés de 5 à 14 ans. La séroprévalence augmente avec l'âge : de 2 à 15 % chez les 1 à 5 ans ; de 15 à 60 % chez les 5 à 19 ans, et de 30 à 60 % chez les adultes.

Immunité

L'érythème infectieux confère une immunité permanente.

Aucun vaccin n'est disponible. On procède à des essais en laboratoire pour la production d'un vaccin pour les humains.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Tableau clinique.
- Sérologie
- La sérologie est aussi disponible pour vérifier l'immunité.

▲ **exceptionnelles**

- Test amplification génique (PCR).

Traitement

Aucun.

Particularités associées au service de garde

L'érythème infectieux est plus fréquent chez les enfants du primaire que chez les enfants en service de garde. L'infection est rare chez les enfants de moins de 2 ans.

Il semble que les femmes ayant des contacts fréquents avec un grand nombre d'enfants (ex : enseignantes, travailleuses en milieu de garde) présentent un risque accru de contracter cette maladie.

Particularités associées à la femme enceinte

Une femme enceinte qui a été en contact avec un cas d'érythème infectieux devrait consulter son médecin (voir la rubrique Contacts).

Une infection à parvovirus pendant la grossesse peut causer un avortement spontané, une anémie fœtale ou un décès utérin associé à une anasarque fœtoplacentaire (hydrops fetalis) non immunitaire. Le risque de perte fœtale pendant la grossesse pour une femme

enceinte infectée est estimé entre 2 et 10 %; cela survient surtout pendant la première moitié de la grossesse.

Chez les femmes plus susceptibles à la maladie, le risque d'infection est de 50 % à la suite d'un contact familial, de 20 %, à la suite d'un contact en milieu scolaire ou en service de garde.

Mesures à prendre

Enquête

On doit identifier les contacts vulnérables.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure le sujet.
- Contacts
  - Considérer comme contacts les femmes enceintes et les enfants atteints d'hémoglobinopathie et d'immunosuppression. Il faudra diriger ces enfants vers le médecin pour qu'il détermine s'il est pertinent de les exclure ou non.

    Retirer du milieu la femme enceinte qui a été en contact avec un cas d'érythème infectieux, et la diriger vers un médecin pour un test sérologique. La conduite à tenir varie selon les résultats de ces tests.
  - Absence d'IgG

    Cette absence dénote une susceptibilité à l'infection. Il faut retirer la personne du service de garde jusqu'à trois semaines après l'apparition du dernier cas.
  - Présence d'IgM

    Cela signifie une infection récente (au cours des quatre derniers mois). Les IgM sont présentes dès le 3e jour après l'apparition des symptômes ou de quatorze à vingt et un jours après l'exposition. La croissance du fœtus doit être surveillée par échographie.
  - Présence d'IgG et absence d'IgM

    Cela indique une infection ancienne et une immunité. L'exclusion n'est donc pas de mise.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, particulièrement le lavage des mains.

Suivi

Aucun.

Lettre aux parents

Objet : Érythème infectieux (5e maladie)

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Votre enfant a été en contact au service de garde avec une personne faisant un érythème infectieux, appelé aussi « 5e maladie ». L'infection peut se transmettre de la même manière qu'un rhume.

Chez l'enfant, l'infection se manifeste par une éruption (rougeur) qui évolue en trois étapes. L'éruption débute au visage (joues très rouges) et, quelques jours plus tard, elle se répand au tronc et aux membres. Au cours des trois semaines qui suivent, l'éruption peut disparaître et réapparaître sous l'influence de bains chauds, de frictions, d'expositions au soleil ou d'exercices physiques.

L'enfant est surtout contagieux avant le début des rougeurs. Il n'y a présentement ni vaccin pour prévenir cette maladie, ni médicament, ni traitement. Le tout rentre dans l'ordre spontanément. Les complications sont rares, sauf si la personne souffre d'anémie hémolytique chronique ou est immunosupprimée. Dans ces cas, elle devrait consulter son médecin. La maladie peut à l'occasion avoir des conséquences sur le fœtus. En conséquence, la femme enceinte doit consulter son médecin si elle entre en contact avec un sujet infecté.

Si, au cours des prochains jours, votre enfant présentait une éruption, consultez votre médecin ou allez à votre CLSC et apportez cette lettre avec vous. On pourra vous confirmer si votre enfant souffre de cette maladie ou non. Votre enfant peut continuer à fréquenter le service de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Information générale

Définition

La gastro-entérite à *Escherichia coli* est causée par l'une ou l'autre des souches d'*Escherichia coli : Escherichia coli* entéropathogène (ECEP), *Escherichia coli* entérotoxigène (ECET), *Escherichia coli* entéro-envahissant (ECEI), et *Escherichia coli* entérohémorragique (ECEH), dont le type 0157:H7 est le plus souvent responsable des épidémies de colites hémorragiques.

Tableau clinique

ECEP

Cette infection se traduit par une diarrhée modérée à sévère chez les nouveau-nés et les jeunes enfants, souvent sous forme d'épidémie. Cette diarrhée peut être associée à une mortalité élevée.

ECET

Cette maladie se manifeste par de la diarrhée et des crampes abdominales de sévérité modérée ; elle est la principale cause de la diarrhée des voyageurs.

ECEI

L'ECEI se manifeste par de la fièvre, des douleurs abdominales, une diarrhée parfois sanguinolente et des vomissements.

ECEH 0157:H7

Cette infection se reconnaît par les symptômes suivants : diarrhée, rectorragies avec douleurs abdominales sévères, fièvre dans un tiers des cas.

Complications

La gastro-entérite à *Escherichia coli* peut entraîner les complications suivantes :

- déshydratation ;
- absence de gain de poids (chez les nouveau-nés) ;
- syndrome hémolytique-urémique (anémie hémolytique, thrombocytopénie, insuffisance rénale), lequel survient dans 5 à 10 % des diarrhées hémorragiques à ECEH 0157:H7.

Durée de la maladie

La gastro-entérite à *Escherichia coli* dure de trois à dix jours. (La durée varie selon la souche.)

Mode de transmission

▲ **ECEP, ECET**

Chez les jeunes enfants, la gastro-entérite à *Escherichia coli* se transmet par voie fécale-orale, de personne à personne ou par contact avec des mains contaminées.

▲ **ECET, ECEI**

Chez les enfants plus âgés et les adultes, elle se transmet surtout par les aliments ou l'eau contaminés.

▲ **ECEH 0157:H7**

L'infection à *Escherichia coli* se transmet par l'ingestion de viande contaminée et mal cuite (en particulier la viande hachée), de lait ou de jus non pasteurisé (dont le jus de pomme) ou d'eau contaminée, ou encore, de personne à personne.

Période d'incubation

ECEP : Elle dure de 9 à 12 heures.

ECET : Elle dure de 10 à 72 heures.

ECEI : Elle dure de 10 à 18 heures.

ECEH 0157:H7 : Elle dure de deux à huit jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la gastro-entérite à *Escherichia coli* dure tant que la bactérie persiste dans les selles. L'état de porteur est fréquent pour l'ECEP.

Pour l'ECEH 0157:H7, la période d'excrétion de la bactérie dans les selles est généralement courte chez l'adulte, mais elle dure trois semaines ou plus chez un tiers des enfants. La dose infectieuse est faible : 100 organismes. C'est pourquoi la transmission de l'organisme de personne à personne est fréquente.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'infection à *Escherichia coli*. L'ECEP survient presque exclusivement chez les enfants de moins d'un an.

Immunité

À la suite d'une infection à *Escherichia coli*, des antitoxines sont produites. Cependant leur effet protecteur reste à établir.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Culture de selles.

▲ **exceptionnelles**

- Sur demande spéciale, les souches peuvent être envoyées à un laboratoire spécialisé pour sérotypage.

Note
La plupart des laboratoires d'hôpitaux ne font pas, de routine, le sérotypage des *E. coli*, car cet exercice laborieux a peu d'utilité en dehors d'une épidémie. Cependant, plusieurs laboratoires sont capables d'identifier l'ECEH 0157:H7. *E. coli* 0157:H7

Traitement

▲ **spécifique**

- ECEP

  Administrer des antibiotiques non absorbables tels que la néomycine, la colistine et la gentamicine.

- ECEI

  Administrer des antibiotiques absorbables par le tractus gastro-intestinal ou par voie parentérale, tels que la TMP-SMX (TMP, 6 à 8 mg/kg/24 h, divisés en 2 doses).

- ECET (diarrhée du voyageur)

  Selon la sensibilité, administrer ciprofloxacine ou une autre quinolone (ne peut être utilisé chez des enfants de moins de 18 ans). TMP-SMX ou la doxycycline (ne peut être utilisé chez des enfants de moins de 9 ans).

- ECEH 0157:H7

  Aucun traitement antibiotique n'est requis. L'emploi d'antibiotiques augmenterait même le risque de syndrome hémolytique-urémique.

▲ **de soutien**

- Réhydratation et remplacement électrolytique.

Particularités associées au service de garde

Des épidémies à ECEP et à ECEH 0157:H7 ont été fréquemment rapportées en service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Lors de l'enquête, on doit :

- téléphoner au service de garde dès la réception d'une déclaration d'infection à ECEH 0157:H7 ;
- procéder à une enquête alimentaire seulement s'il s'agit d'un ECEH 0157:H7 (voir « Intoxication alimentaire ») ;
- visiter le service de garde s'il admet des nourrissons et qu'il y a eu plusieurs cas symptomatiques d'infection à ECEH 0157:H7, ou s'il y a eu un cas de syndrome hémolytique-urémique ;
- identifier les contacts.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - S'il s'agit d'une infection à *ECEP* et qu'il n'y a qu'un seul cas, exclure l'enfant jusqu'à disparition de la diarrhée. Si deux cas ou plus sont survenus dans le même groupe à l'intérieur d'une période de 48 heures, exclure les sujets jusqu'à la disparition de la diarrhée et au résultat négatif de la culture de selles (2 prélèvements faits à 24 heures d'intervalle).
  - Lorsque l'enfant est asymptomatique mais que la culture de selles demeure positive, il peut être réadmis à condition qu'il puisse être placé dans une cohorte (voir définition) jusqu'à l'obtention de 2 cultures de selles consécutives négatives à partir de prélèvements faits à 24 heures d'intervalle.
  - Le personnel s'occupant de ce groupe ne doit pas avoir de contact avec les autres enfants.
  - S'il s'agit d'une infection à *ECEH 0157:H7*, l'enfant est exclu jusqu'à disparition des symptômes et jusqu'à l'obtention de 2 cultures de selles consécutives négatives à partir de prélèvements faits à 24 heures d'intervalle.
- Contacts
  - Considérer comme contacts les enfants du même groupe.
  - Exclure les contacts symptomatiques et demander qu'on fasse une culture de selles incluant la recherche spécifique de l'ECEP ou de l'ECEH 0157:H7, selon le cas.
  - Si la culture est positive, appliquer les mêmes mesures que pour le sujet.
  - Si la culture est négative, voir « Diarrhée ».
  - S'informer si des enfants ou des membres du personnel du service de garde ont été hospitalisés ou ont consulté leur médecin pour une diarrhée. Si oui, vérifier les résultats des cultures.

– Surveiller l'apparition des symptômes chez les contacts asymptomatiques.
– Remettre une lettre aux parents de tous les contacts.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, et réviser la technique de changement de couches. Recommander l'utilisation des couches de papier.

S'assurer que les membres du personnel s'occupant des enfants aux couches ne préparent pas les aliments.

Désinfecter quotidiennement le matériel utilisé par les enfants au service de garde, notamment les jouets.

S'assurer que le lait et le jus sont pasteurisés et que les aliments, en particulier la viande hachée, soient toujours bien cuits.

Vérifier la source d'eau potable.

Suivi

S'il s'agit d'une éclosion à ECEH 0157:H7, ne pas admettre de nouveaux enfants au service de garde avant la fin de l'éclosion. (On peut considérer l'éclosion comme étant terminée s'il n'y a pas eu de nouveaux sujets symptomatiques pendant une période de 14 jours.)

S'il y a eu formation d'une cohorte (éclosion de ECEP), permettre aux enfants de la quitter après l'obtention de 2 cultures négatives de prélèvements faits à 24 heures d'intervalle.

En présence d'une épidémie à ECEP difficilement contrôlable chez les nourrissons, envisager de leur administrer une antibioprophylaxie.

Lettre aux parents

Objet : Gastro-entérite à *Escherichia coli*

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Présentement, il y a au service de garde une épidémie de gastro-entérite à *Escherichia coli*. Causée par une bactérie, cette maladie peut occasionner des douleurs abdominales, de la diarrhée, de la fièvre et du sang dans les selles.

La maladie peut se transmettre d'une personne à une autre ainsi que par des aliments, de l'eau et des mains contaminés. La transmission est favorisée par la présence d'enfants aux couches. Le traitement consiste à réhydrater l'enfant et, parfois, à administrer des antibiotiques. Dans de rares cas, cette gastro-entérite (connue sous le nom de la maladie du hamburger). peut se compliquer d'une maladie grave appelée syndrome hémolytique-urémique.

- ❑ Votre enfant présente des symptômes. Nous vous demandons de le garder à la maison et de nous fournir un prélèvement de ses selles pour fins d'analyse. Veuillez remettre le prélèvement à :
- ❑ Si votre enfant présente des symptômes au cours des prochains jours, nous vous demandons de le garder à la maison et de consulter votre médecin ou de vous rendre à votre CLSC (S.V.P., présentez cette lettre au médecin).

Nous vous aviserons des mesures supplémentaires à prendre selon les résultats des cultures de selles effectuées chez les enfants malades.

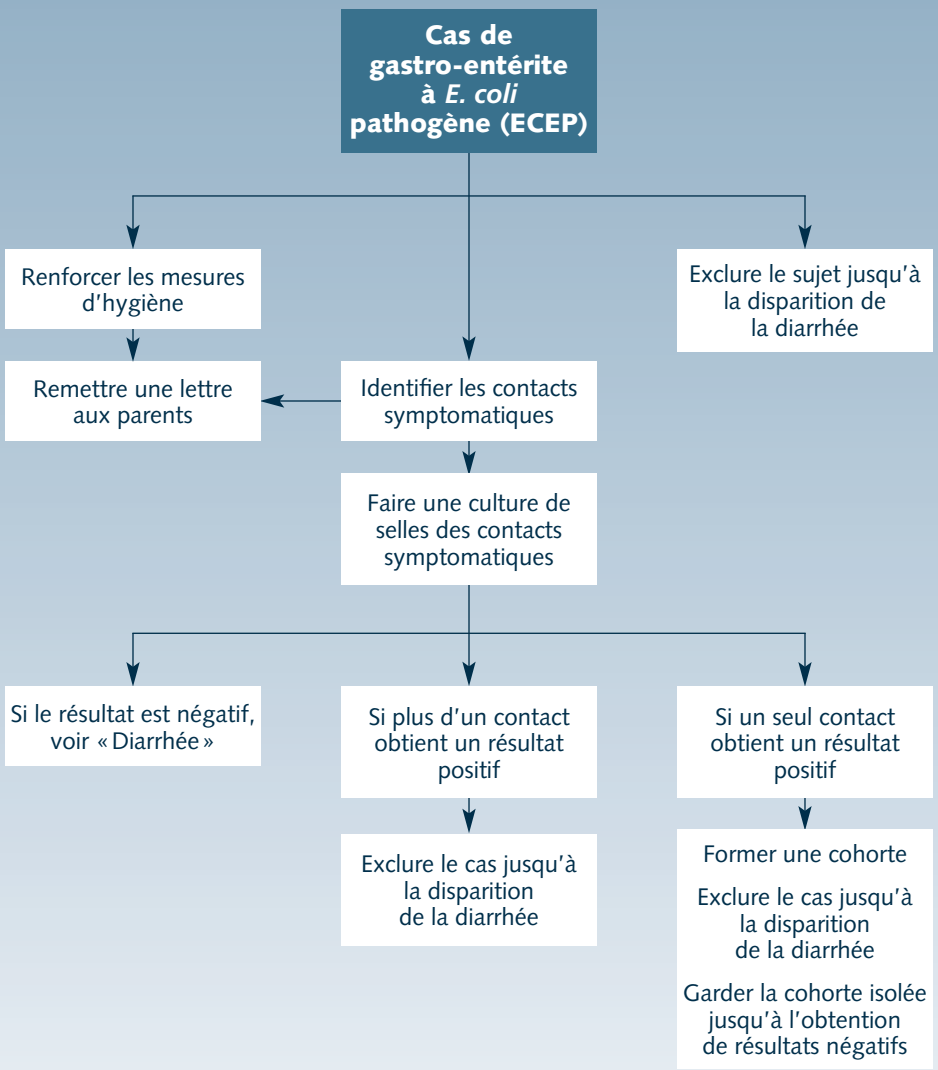
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

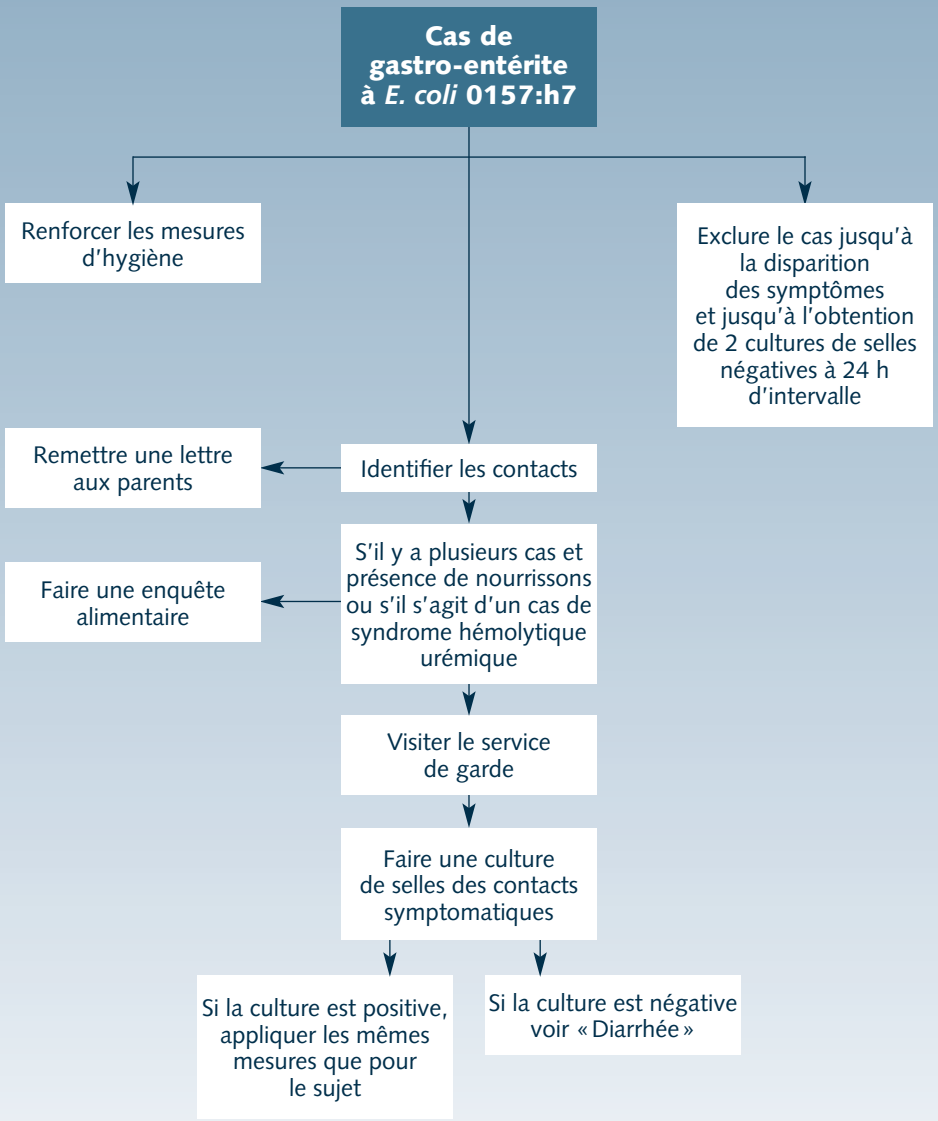
Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas de gastro-entérite à *E. coli* pathogène (ECEP)
Renforcer les mesures d'hygiène
Exclure le sujet jusqu'à la disparition de la diarrhée
Remettre une lettre aux parents
Identifier les contacts symptomatiques
Faire une culture de selles des contacts symptomatiques
Si le résultat est négatif, voir « Diarrhée »
Si plus d'un contact obtient un résultat positif
Si un seul contact obtient un résultat positif
Exclure le cas jusqu'à la disparition de la diarrhée
Former une cohorte
Exclure le cas jusqu'à la disparition de la diarrhée
Garder la cohorte isolée jusqu'à l'obtention de résultats négatifs

Arbre décisionnel


Cas de gastro-entérite à *E. coli* 0157:h7
Renforcer les mesures d'hygiène
Exclure le cas jusqu'à la disparition des symptômes et jusqu'à l'obtention de 2 cultures de selles négatives à 24 h d'intervalle
Remettre une lettre aux parents
Identifier les contacts
Faire une enquête alimentaire
S'il y a plusieurs cas et présence de nourrissons ou s'il s'agit d'un cas de syndrome hémolytique urémique
Visiter le service de garde
Faire une culture de selles des contacts symptomatiques
Si la culture est positive, appliquer les mêmes mesures que pour le sujet
Si la culture est négative voir « Diarrhée »

Information générale

Définition

La folliculite consiste en une inflammation et une infection bactérienne superficielle ou profonde des follicules pileux habituellement causée par le *Staphylococcus aureus* et, rarement, par le *Pseudomonas æruginosa*.

Tableau clinique

La folliculite se traduit par un minuscule abcès ou nodule érythémateux, sans atteinte de la peau sous-jacente ou des tissus profonds.

Le furoncle présente les manifestations suivantes : infection du follicule ou de la glande sébacée avec atteinte des tissus sous-cutanés, démangeaisons, douleur modérée, empâtement local progressif et érythème douloureux à la pression ou à la mobilisation.

Complications

La folliculite peut entraîner une atteinte des tissus profonds ou un abcès. Le risque de complications est plus élevé chez les nourrissons.

Durée de la maladie

Staphylococcus aureus : la durée est variable.

Pseudomonas æruginosa : la guérison est spontanée et se fait à l'intérieur de 24 à 48 heures.

Mode de transmission

Staphylococcus aureus : l'infection se transmet par contact avec des lésions cutanées.

Le *Staphylococcus aureus* colonise de façon transitoire les narines d'une proportion importante de la population (5-10 %), ce qui peut entraîner une contamination secondaire de la peau. Les écoulements naseaux chez un porteur de la bactérie favorisent la propagation du *Staphylococcus aureus*.

Pseudomonas aeruginosa : l'infection s'acquiert à partir des bactéries présentes dans des bains à remous, des piscines, des spas et des glissoires d'eau. L'infection n'est pas transmissible de personne à personne.

Période d'incubation

Staphylococcus aureus : elle dure de un à dix jours et plus.

Pseudomonas aeruginosa : elle dure de un à deux jours.

Période de contagiosité

Staphylococcus aureus : La contagion dure jusqu'à 48 heures après le début d'une antibiothérapie efficace et jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'écoulement.

Pseudomonas aoruginosa : L'infection n'est pas transmissible de personne à personne.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de les contracter.

Immunité

La folliculite et les furoncles ne confèrent aucune immunité.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Examen clinique et culture des lésions cutanées.

▲ exceptionnelles

- Aucune.

Traitement

▲ spécifique

- *Staphylococcus aureus*
  - Les antibiotiques topiques, tels que la mupirocine à 2 % ou l'acide fusidique à 2 %, peuvent être efficaces lorsque les infections sont superficielles.
  - Dans le cas d'immunosuppression, d'infection tendant à s'étendre localement, d'hyperthermie, administrer un antibiothérapie systémique avec cloxacilline 50 mg/kg/24 h, divisés en 4 doses, ou céphalexine, 25 à 50 mg/kg/24 h, divisés en 3 ou 4 doses (la suspension de céphalexine goûte meilleur que la cloxacilline).
- *Pseudomonas aeruginosa*
  - Aucun traitement.

▲ de soutien

- Nettoyer la peau à l'eau et au savon.
- Porter des vêtements amples qui permettent une bonne aération.
- Faire faire un drainage avec incision par un professionnel de la santé peut être nécessaire.

Particularités associées au service de garde

Dans un service de garde, plusieurs cas de folliculite à *Pseudomonas aeruginosa* ont été associés à la fréquentation d'un spa. S'il y a plusieurs cas simultanés et une histoire de baignade, soupçonner le *Pseudomonas aeruginosa.*

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

On doit enquêter seulement si plusieurs cas simultanés se déclarent.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - *Staphylococcus aureus*

    Exclure le sujet jusqu'à 48 heures après le début du traitement et jusqu'à ce que l'écoulement ait cessé. Couvrir les lésions, si possible.
  - *Pseudomonas aeruginosa*

    Ne pas exclure.
- Contacts
  - Pour les contacts symptomatiques, appliquer les mêmes mesures que pour le sujet.

Environnement

Éviter les activités de groupe dans les spas et les bains tourbillons publics.

Suivi

Renforcer les mesures d'hygiène.

Porter une attention particulière aux cas qui surviennent chez les nourrissons.

Information générale

Définition

La gale consiste en une infestation parasitaire de la peau par les *Sarcoptes scabiei var hominis*. Ces parasites acariens ne sont pas des vecteurs d'autres maladies.

Cycle de vie

Après la fertilisation, la femelle adulte de ce parasite creuse, en deux à trois minutes, un sillon dans la peau de l'hôte pour y pondre ses œufs. Les larves éclosent environ trois jours plus tard, puis migrent vers la surface de la peau où elles atteignent le stade de parasites immatures. Ces derniers creusent de nouveau la peau et y subissent deux autres mutations avant de devenir des parasites adultes. Le cycle complet prend de deux à trois semaines. Lorsque la femelle adulte creuse la peau de l'hôte, elle excrète des déjections fécales qui causent le prurit caractéristique de la gale. Les parasites survivent à peine quelques jours hors de l'hôte humain.

Tableau clinique

La gale présente des lésions créées par les sillons du parasite dans les espaces interdigitaux des mains et des pieds, sur la surface antérieure des poignets et des coudes, à l'abdomen, aux parties génitales, aux cuisses, aux fesses, aux chevilles et aux pieds. Chez les poupons et très rarement chez les enfants de 2 ans et plus, ces lésions peuvent également se trouver au cuir chevelu, à la figure, à la paume des mains et à la plante des pieds. Le prurit est le plus souvent nocturne et les lésions cutanées peuvent s'infecter.

Complications

Les complications liées à la gale sont les suivantes : lésions de grattage et infections cutanées secondaires.

Durée de la maladie

La gale dure tant qu'il n'y a pas de traitement efficace.

Mode de transmission

L'être humain est le seul réservoir de la gale. La gale des animaux ne se transmet pas aux humains, et vice versa. La transmission se produit soit par un contact de peau à peau avec une personne infestée, soit par un contact avec des effets personnels infestés.

Période d'incubation

La période d'incubation de la gale, pour une primo-infestation, dure de deux à six semaines, avant le début du prurit ; de un à quatre jours pour une réinfestation.

Période de contagiosité

La contagiosité de la gale persiste jusqu'à ce que les œufs et les parasites soient détruits, *i. e.* jusqu'à ce que le traitement ait été complété et que les effets personnels (vêtements, serviettes et lingerie) aient été lavés ou isolés pendant au moins quatre jours.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la gale.

Immunité

La gale ne confère pas d'immunité.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Examen clinique de la personne et examen microscopique du parasite par grattage des lésions.

▲ exceptionnelles

- Aucune.

Traitement

▲ spécifique

- Crème de perméthrine à 5 % (Nix[MD]).
- Émulsion de benzoate de benzyl (Baume de Pérou)
- Onguent de soufre précipité 5 à 10 %
- D'autres médicaments tels que l'ivermectin et le malathion sont aussi efficaces, mais leur disponibilité varie.
- Lotion et crème de lindane à 1 % (Kwellada[MD] n'est plus en vente au Québec).
- Il est préférable d'utiliser la perméthrine, car ce produit s'avère moins toxique que le lindane. La perméthrine est le traitement recommandé pour les nourrissons, les jeunes enfants et les femmes enceintes. Pour la majorité des sujets, une seule application suffit à éliminer la gale. Si cela est nécessaire, le procédé peut être répété une fois seulement, sept jours après la première application, peu importe le produit.
- Le sujet et ses contacts familiaux, symptomatiques ou non, doivent être traités simultanément.

▲ **de soutien**

- Hydratation de la peau.
- Antihistaminiques par voie orale et stéroïdes topiques si cela s'avère nécessaire.

Particularités associées au service de garde

Des cas sporadiques de gale ont été rapportés dans les services de garde, mais aucune épidémie n'a été signalée.

Particularités associées à la femme enceinte

Utiliser le perméthrine et suivre les instructions du fabricant.

Mesures à prendre

Enquête

On doit d'abord s'assurer que le diagnostic a été posé par un médecin puis, identifier les contacts.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Exclure le sujet jusqu'au lendemain de l'application du traitement.
  - Laver les vêtements portés et la literie utilisée par le sujet au cours des quatre jours précédant l'infestation.
- Contacts
  - Remettre une lettre explicative aux parents de tous les enfants et aux membres du personnel de service de garde.
  - Considérer comme contact toute personne (enfant, personnel) ayant touché de façon prolongée une personne infestée ou ses effets personnels.
  - Faire examiner le même jour, si possible, les contacts identifiés.
  - Demander que tous les contacts infestés et leur famille, symptomatiques ou non, soient traités simultanément.
  - Les contacts de service de garde en milieu familial peuvent être considérés comme des contacts familiaux. Il pourrait être pertinent d'appliquer dans ce contexte les mêmes recommandations qu'aux contacts familiaux. Selon la nature des contacts, en présence de plusieurs cas, considérer un traitement prophylactique pour les membres du personnel du service de garde qui ont eu des contacts étroits avec les enfants infestés.
  - Si l'épidémie persiste, toutes les personnes du service de garde, symptomatiques ou non, ainsi que leur famille doivent être traitées de façon prophylactique et leurs effets personnels lavés tel qu'il est recommandé ci-dessus.

Environnement

Faire nettoyer les effets personnels du sujet (vêtements, lingerie, literie, serviettes, etc.) dans une laveuse dont l'eau atteint une température d'au moins 50°C et les sécher au cycle chaud de la sécheuse.

Nettoyer à sec ou déposer, pendant au moins quatre jours, dans un sac de plastique fermé hermétiquement, les vêtements qui ne peuvent être lavés.

Suivi

Renforcer les mesures d'hygiène.

Surveiller l'apparition de nouveaux cas jusqu'à huit semaines après l'apparition du dernier cas.

Si un nouveau cas se présente, reprendre les interventions décrites ci-dessus.

Lettre aux parents

Objet : La gale

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a actuellement au service de garde une personne atteinte de gale. Vous trouverez ci-joint des explications sur cette maladie.

Si votre enfant ou un membre de votre famille se plaint de démangeaisons, surtout la nuit, ou présente des lésions de grattage, ou si vous remarquez des petits sillons ou des petites bosses sur la peau, consultez un médecin ou rendez-vous à votre CLSC le plus tôt possible. Veuillez apporter cette lettre avec vous.

Si un diagnostic de gale est posé, avisez le service de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

p. j. Feuillet de renseignements sur la gale

Renseignements et conseils pratiques

Définition

La gale est une infestation cutanée causée par un parasite. Celui-ci pénètre la couche superficielle de la peau en creusant un tunnel, afin d'y déposer ses œufs et ses excréments. Il avance un peu chaque jour, et ce, pendant des semaines. Le tunnel laisse un petit sillon visible surtout entre les doigts, sur les poignets, les coudes, les cuisses et les aines. La gale n'atteint habituellement ni le cuir chevelu ni le visage, sauf chez le nourrisson.

Manifestation

Elle se manifeste par :

- des démangeaisons, surtout la nuit ;
- de petites bosses, des vésicules, des petites bulles, des sillons, des lésions de grattage.

Ces manifestations surviennent de plusieurs jours à plusieurs semaines après le contact.

Transmission

L'infection se transmet par contact cutané prolongé (peau à peau) avec une personne infestée ou, rarement, par contact avec des vêtements ou de la literie contaminés.

Traitement

Tous les membres de la famille d'une personne infestée doivent appliquer le traitement simultanément (qu'ils présentent des symptômes ou non).

Il ne faut jamais appliquer le traitement médicamenteux sur le visage.

Il est très important de suivre les recommandations du pharmacien ou du fabricant.

Il est recommandé d'appliquer une lotion huileuse après le traitement, car celui-ci assèche la peau.

Très important

Pour les enfants âgés de 0 à 2 ans et les femmes enceintes, on recommande d'utiliser un produit à base de perméthrine. Pour la majorité des sujets, une seule application suffit à éliminer la gale. Si cela est nécessaire, le procédé peut être répété une fois seulement, sept jours après la première application, peu importe le produit.

Autres mesures

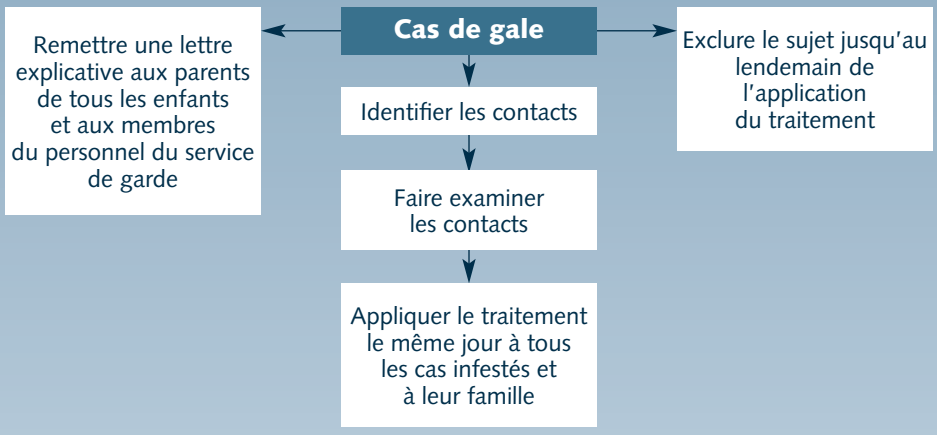
Au même moment où l'on applique le traitement, il faut, tant à la maison qu'au service de garde, laver à l'eau très chaude les vêtements et la literie qui ont servi durant les quatre jours précédant le traitement.

Pour les vêtements qui ne peuvent pas être lavés à l'eau très chaude, les faire nettoyer à sec ou les laisser pendant au moins quatre jours dans un sac de plastique fermé hermétiquement.

Très important

Les démangeaisons peuvent persister plusieurs semaines, même après un traitement efficace.

Arbre décisionnel


Cas de gale
Remettre une lettre explicative aux parents de tous les enfants et aux membres du personnel du service de garde
Exclure le sujet jusqu'au lendemain de l'application du traitement
Identifier les contacts
Faire examiner les contacts
Appliquer le traitement le même jour à tous les cas infestés et à leur famille

Information générale

Définition

La giardiase consiste en une infection intestinale à *Giardia lamblia*, un protozoaire, affectant surtout la partie haute de l'intestin (duodénum et jéjunum). Le parasite existe sous deux formes : le kyste et le trophozoïte.

Cycle de vie

Le kyste constitue la forme infectieuse de la giardiase ; il peut survivre plusieurs mois dans l'environnement. L'être humain acquiert l'infection par voie orale en ingérant les kystes qui ont contaminé l'eau, les aliments et les mains. Dans le duodénum, les kystes se transforment en trophozoïtes, lesquels se multiplient par la suite. Une nouvelle transformation trophozoïte-kyste s'effectue dans l'iléon et le côlon. Ces nouveaux kystes sont évacués dans les selles. Les réservoirs de l'infection sont l'être humain et, possiblement, quelques animaux comme le castor.

Tableau clinique

La giardiase est une infection souvent asymptomatique qui peut être associée à une grande variété de symptômes : diarrhée périodique, stéatorrhée, crampes abdominales, ballonnement abdominal, selles fréquentes, pâles et nauséabondes, fatigue et perte de poids. La forme responsable des symptômes est le trophozoïte.

Complications

La giardiase peut entraîner les complications suivantes :

- malabsorption des lipides et des vitamines liposolubles ;
- dommages aux cellules du duodénum et du jéjunum se traduisant par une intolérance au lactose.

Durée de la maladie

La giardiase dure plusieurs semaines si elle n'est pas traitée.

Mode de transmission

La giardiase se transmet par voie fécale-orale, *i. e.* par contact avec les selles d'une personne porteuse ou des objets contaminés, par ingestion d'eau contaminée par des selles (d'origine humaine ou animale) et, rarement, par ingestion d'aliments contaminés par des selles.

Note
L'inoculum nécessaire pour causer la maladie est aussi petit que dix kystes.

Période d'incubation

La période d'incubation de la giardiase dure de une à quatre semaines ; en moyenne, deux semaines.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la giardiase s'étend sur toute la période de l'infection, c'est-à-dire tant que les kystes (forme infectieuse) sont excrétés dans les selles du sujet. L'excrétion du parasite peut persister plusieurs mois.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la giardiase.

Immunité

La giardiase ne confère pas d'immunité permanente.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Identification microscopique de kystes ou de trophozoïtes dans les selles.
- Test d'immunofluorescence directe et EIA (enzyme immonoassay).

▲ exceptionnelles

- Identification de trophozoïtes par aspiration du liquide duodénal ou par biopsie jéjunale.

Traitement spécifique

Métronidazole (Flagyl[MD]) pour l'enfant, 15mg/kg/24h, divisé en 3 doses, pendant 5 jours. Pour l'adulte, 250mg, *p.o.*, 3 doses quotidiennes, pendant 5 jours.

ou

Furazolidone* liquide orale :

- adulte : 100mg *p.o.,* 4 doses quotidiennes pour 7 à 10 jours.
- enfant : 6mg/kg/24h divisé en 4 doses pendant 7 à 10 jours.

* Programme d'accès aux médicaments de Santé Canada.

Particularités associées au service de garde

De 20 à 50 % des infections de giardiase en service de garde sont asymptomatiques.

Dans ce milieu, la maladie se transmet plus fréquemment par contact avec des objets ou des surfaces contaminés. Les pataugeoires et les tables de jeux d'eau ont contribué à la transmission de plusieurs éclosions.

Le groupe des « trottineurs » est le plus à risque.

Les enfants et les adultes porteurs peuvent contribuer à la propagation de l'infection.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Lors de l'enquête, on doit :

- prendre contact avec le service de garde dès l'apparition du premier cas ;
- identifier les contacts ;
- vérifier l'approvisionnement en eau.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Traiter le sujet même s'il redevient asymptomatique.
  - Ne pas l'exclure si le traitement approprié est en cours et qu'il est redevenu asymptomatique.
- Contacts
  - Remettre une lettre explicative aux parents des contacts.
  - Considérer comme contacts les enfants et les membres du personnel du même groupe que le sujet ou de tout autre groupe dans lequel on a noté un nombre accru de cas de diarrhée.
  - Faire une recherche de *Giardia* dans les selles (idéalement, trois échantillons à 24 heures d'intervalle) d'au moins cinq contacts symptomatiques au moment de l'enquête. S'informer des modalités auprès du laboratoire. Traiter les contacts dont le résultat est positif.
  - Si une éclosion de *Giardia* est confirmée (deux cas et plus à l'intérieur de 48 heures), traiter tous les contacts symptomatiques du service de garde sans attendre le résultat des examens.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène et vérifier les techniques de changement de couches.

Recommander l'utilisation de couches de papier au service de garde si ce n'est ce qu'ils utilisent déjà.

Désinfecter le matériel utilisé au service de garde, incluant les jouets et les pataugeoires.

Laver ses mains avant de participer à des jeux d'eau.

Suivi

Après la première intervention, surveiller l'apparition de nouveaux cas symptomatiques.

Si ceux-ci surviennent dans les huit semaines qui suivent la première intervention, envisager d'effectuer une intervention plus large.

Considérer alors comme contacts tous les enfants et les membres du personnel du service de garde ainsi que les contacts familiaux des sujets.

Faire une recherche de *Giardia* dans les selles de tous les contacts, symptomatiques ou non, et traiter tous les contacts ayant obtenu des résultats positifs, afin de diminuer le nombre de porteurs.

Chez ceux qui sont restés symptomatiques deux semaines après le traitement, faire une nouvelle recherche de *Giardia* dans les selles. Si le résultat est encore positif, répéter le traitement.

Note
La recherche de parasites dans les selles ne permet pas toujours d'identifier les porteurs, *i. e.* ceux qui excrètent la forme infectieuse du parasite (kyste).

Les enfants peuvent demeurer porteurs, malgré le traitement. Ceux les plus susceptibles de contaminer l'environnement et leurs compagnons sont les porteurs de kystes qui présentent des selles liquides, peu importe la cause.

L'infection semble bien tolérée par la plupart des enfants.

L'efficacité du traitement des porteurs asymptomatiques dans le contrôle des éclosions n'a pas été démontrée.

Lettre nº 1 aux parents

Objet: Giardiase

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

On signale présentement des cas de giardiase au service de garde. Cette maladie est causée par un parasite intestinal. Vous trouverez ci-joint de l'information sur cette maladie.

- ❑ Si votre enfant développe, au cours des prochains jours, des symptômes compatibles avec cette maladie, consultez votre médecin ou votre CLSC et avisez le service de garde.
- ❑ Votre enfant présente des symptômes compatibles avec cette maladie, nous vous demandons donc de fournir un échantillon de ses selles pour fins d'analyse. Le matériel nécessaire vous est fourni. Veuillez retourner les prélèvements de selles à :

  _____

Nous vous aviserons des résultats de l'examen et des mesures à prendre, si cela est nécessaire.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

p. j. Renseignements et conseils pratiques

Lettre nº 2 aux parents

Objet: Giardiase

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

On signale présentement des cas de giardiase au service de garde. Cette maladie est causée par un parasite intestinal. Vous trouverez ci-joint de l'information sur cette maladie.

Nous sommes déjà intervenus auprès des personnes symptomatiques et, malgré cela, l'épidémie de giardiase continue. Cela peut être attribuable au fait que certaines personnes porteuses du *Giardia lamblia* sont asymptomatiques, mais contribuent à véhiculer le parasite.

En conséquence, nous vous demandons de fournir un prélèvement de selles de votre enfant pour fins d'analyse, qu'il soit symptomatique ou non. Le matériel nécessaire vous est fourni.

Veuillez retourner le prélèvement à :

_____

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

p. j. Renseignements et conseils pratiques

Renseignements et conseils pratiques

Définition

La giardiase est une infection des intestins causée par un parasite appelé *Giardia lamblia*. La maladie peut se manifester, entre autres symptômes, par des selles fréquentes, pâles, graisseuses ou malodorantes, des crampes abdominales et du ballonnement abdominal. La maladie peut durer plusieurs mois si elle n'est pas traitée.

Transmission

Le parasite se transmet par contact avec les selles d'une personne infectée ; par exemple, par un jouet contaminé qu'un enfant porte à sa bouche.

Prévention

On peut prévenir la maladie par des mesures d'hygiène habituelles, mais essentielles, comme :

- le lavage des mains :
  - après avoir changé un enfant de couche ;
  - après avoir aidé un enfant à aller aux toilettes ;
  - avant de manipuler des aliments ;
  - avant de manger ;
- la désinfection des objets contaminés :
  - qu'on doit auparavant laver avec de l'eau chaude additionnée d'un détergent ;
  - qu'on doit désinfecter avec une solution d'eau de Javel domestique (à 5,25 %) diluée dans une proportion de 1:10 (1 partie d'eau de Javel et 9 parties d'eau).

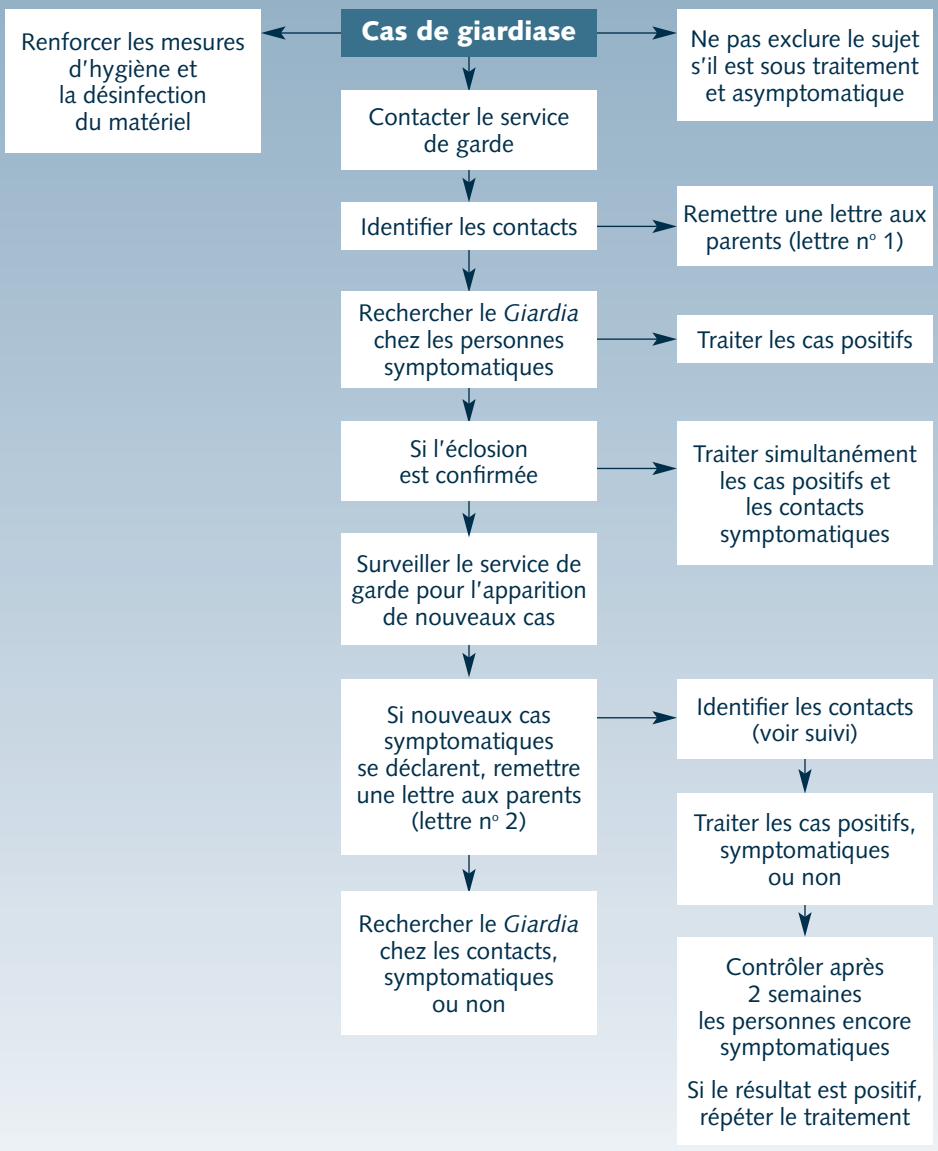
Cas de giardiase à la maison

S'il y a un cas de giardiase dans votre famille, tous les membres de la famille présentant des symptômes de la maladie devraient subir une analyse de leurs selles pour rechercher le parasite, et ils devraient être traités si les résultats sont positifs.

Cas de giardiase au service de garde

La personne malade peut revenir au service de garde dès qu'un traitement adéquat est en cours et que les selles sont redevenues normales. Les enfants et le personnel du service de garde qui présentent les symptômes de l'infection devraient se soumettre à une analyse de leurs selles pour rechercher le parasite, et ils devraient être traités si les résultats sont positifs.

Arbre décisionnel


Cas de giardiase
Renforcer les mesures d'hygiène et la désinfection du matériel
Ne pas exclure le sujet s'il est sous traitement et asymptomatique
Contacter le service de garde
Identifier les contacts
Remettre une lettre aux parents (lettre n° 1)
Rechercher le *Giardia* chez les personnes symptomatiques
Traiter les cas positifs
Si l'éclosion est confirmée
Traiter simultanément les cas positifs et les contacts symptomatiques
Surveiller le service de garde pour l'apparition de nouveaux cas
Si nouveaux cas symptomatiques se déclarent, remettre une lettre aux parents (lettre n° 2)
Identifier les contacts (voir suivi)
Traiter les cas positifs, symptomatiques ou non
Rechercher le *Giardia* chez les contacts, symptomatiques ou non
Contrôler après 2 semaines les personnes encore symptomatiques
Si le résultat est positif, répéter le traitement

Information générale

Définition

La gonorrhée est une infection causée par une bactérie, le *Neisseria gonorrhœæ,* un diplocoque Gram négatif.

Tableau clinique

Chez le nouveau-né, la gonorrhée se traduit par un écoulement purulent de la conjonctive oculaire.

Chez l'enfant prépubère, l'infection atteint en général le tractus génital. La vaginite chez la fillette est la manifestation la plus fréquente.

Chez l'adolescente sexuellement active, l'infection se manifeste habituellement par une urétrite, une atteinte inflammatoire pelvienne ou une cervicite.

Chez l'homme, l'infection se manifeste par une urétrite ou une épididymite.

D'autres sites comme la gorge, le rectum et la conjonctive peuvent être infectés. Souvent asymptomatique, l'infection peut être systémique avec bactériémie et atteinte cutanée (gonococcémie) ou atteinte des articulations.

Complications

La gonorrhée peut entraîner les complications suivantes : atteinte inflammatoire pelvienne, salpingite, infertilité, bartholinite, bactériémie, arthrite, méningite, endocardite, périhépatite, atteinte cutanée et épididymite.

Durée de la maladie

La gonorrhée persiste jusqu'à ce qu'elle soit adéquatement traitée.

Mode de transmission

La gonorrhée se transmet presque exclusivement par relations sexuelles ou de la mère infectée à son nouveau-né lors de l'accouchement.

Période d'incubation

La période d'incubation de la gonorrhée varie de deux à sept jours.

Période de contagiosité

La transmission de la gonorrhée peut durer des mois chez les individus non traités. La contagion cesse quelques heures après un traitement efficace.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la gonorrhée.

Immunité

La gonorrhée ne confère pas d'immunité contre les infections subséquentes.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Culture ou examen microscopique et coloration de Gram des sécrétions oculaires, génitales ou d'autres sites. La culture est la méthode diagnostique de choix dans le cas d'abus sexuel.

▲ **exceptionnelles**

- test d'amplification d'acides nucléiques (TAAN) sur l'urine si elle est disponible.

Traitement

▲ **spécifique**

- Céphalosporine de troisième génération, tels que le ceftriaxone ou la céfixime, en raison de la prévalence de la résistance à la pénicilline.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

La gonorrhée contractée pendant la grossesse peut donner lieu à un avortement spontané, à un accouchement prématuré, à une chorioamniotite aiguë et à une mortalité intra-utérienne. L'infection peut être transmise au nouveau-né lors de l'accouchement.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Exclure le sujet jusqu'à 24 heures après le début du traitement.
  - En présence d'une infection à *Neisseria gonorrhœæ* chez un enfant après la période néonatale, suspecter un abus sexuel et aviser la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).
- Contacts
  - Aucun.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène dont le lavage de mains après un contact avec les sécrétions.

Suivi

Aucun.

HÆMOPHILUS INFLUENZÆ DE TYPE B (infection envahissante à)

Information générale

Définition

L'infection envahissante à *Hæmophilus influenzæ* de type b est causée par l'un des six types de souches de la bactérie *Hæmophilus influenzæ* ayant une capsule polysaccharidique, soit le type b, souche qui est dotée d'un facteur de virulence important.

Tableau clinique

Les infections envahissantes à *Hæmophilus influenzæ* de type b les plus fréquentes sont les suivantes : la méningite, l'épiglottite, la septicémie, la cellulite, l'arthrite infectieuse et la pneumonie. Les manifestations cliniques incluent la fièvre, et elles varient selon le site atteint.

Complications

Le décès survient dans 5 % des cas de méningite et d'épiglottites ; environ 20 à 45 % des survivants de la méningite ont des séquelles neurologiques, notamment la surdité et le retard mental.

Durée de la maladie

La durée de l'infection envahissante à *Hæmophilus influenzæ* de type b est variable.

Mode de transmission

L'infection envahissante à *Hæmophilus influenzæ* de type b se transmet de deux façons différentes :

- par inhalation des sécrétions nasopharyngées d'une personne infectée symptomatique ou non.
- par contact avec des objets ou des mains contaminés par des sécrétions.

Les sécrétions nasales des personnes infectées contiennent une forte concentration de bactéries ; on en retrouve occasionnellement en plus faible concentration dans la salive.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'infection à *Hæmophilus influenzæ* de type b est inconnue ; elle dure probablement de deux à quatre jours pour la méningite.

HÆMOPHILUS INFLUENZÆ DE TYPE B (infection envahissante à)

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'infection envahissante à *Hæmophilus influenzæ* de type b dure aussi longtemps que la bactérie est présente dans les voies respiratoires. Le traitement parentéral n'élimine pas nécessairement l'état de porteur.

Réceptivité

L'infection envahissante à *Hæmophilus influenzæ* de type b est rare chez l'adulte. Elle atteint surtout les jeunes enfants de 2 mois à 3 ans ; l'épiglottite survient, quant à elle, plutôt chez les 2 à 4 ans. Le risque d'infection s'accroît pour les personnes asplé niques et immunosupprimées.

Avant la venue de la vaccination universelle contre l'Hib (1992), environ 1 enfant sur 200 développait une forme invasive de la maladie au cours des cinq premières années de vie.

L'incidence de la maladie a chuté de façon importante depuis l'introduction de la vaccination universelle. Au Québec, présentement, on rapporte une incidence annuelle d'environ 0,1 par tranche de 100 000 habitants.

Immunité

L'infection envahissante à *Hæmophilus influenzæ* de type b confère une immunité qui varie en fonction de l'âge. Il arrive fréquemment que les enfants atteints avant l'âge de 24 mois ne produisent pas un taux d'anticorps suffisant pour les protéger.

Les nouveaux vaccins conjugués administrés aux enfants âges entre 2 mois et de 5 ans donnent une protection supérieure (à 90 %) contre les infections envahissantes à Hib. Si l'enfant a fait une infection envahissante à Hib avant l'âge de 24 mois, il est recommandé de le faire vacciner, car la maladie ne lui a pas nécessairement conféré une immunité.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Histoire clinique et examen.
- Culture : sang, liquide céphalorachidien, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide articulaire.

▲ exceptionnelles

- Aucune.

Traitement

▲ spécifique

- Antibiothérapie par voie parentérale avec céfotaxime ou ceftriaxone, ou chloramphénicol, ou ampicilline, si sensible.
- Pour éliminer l'état de porteur, on devra procéder à un traitement avec rifampicine avant la sortie du sujet de l'hôpital, sauf si celui-ci est traité par ceftriaxone.

▲ **soutien**

- Administration de Déxamethasone pour la méningite à Hib.
- Hydratation, surveillance électrolytique et cardiorespiratoire, contrôle des convulsions.
- Pour l'épiglottite, sécuriser rapidement les voies respiratoires par intubation ou trachéostomie.

Particularités associées au service de garde

Les études faites ont démontré que le risque de contracter une infection envahissante à *Hæmophilus influenzæ* de type b est plus grand pour les enfants fréquentant à temps plein un service de garde que pour ceux restant à la maison. Des infections secondaires ont été rapportées dans les centres de la petite enfance.

Particularités associées à la femme enceinte

Ne pas administrer de rifampicine : utiliser de la ceftriaxone.

Mesures à prendre

Enquête

On doit identifier les contacts.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Déclarer le cas à la Direction de la santé publique dans les plus brefs délais.
  - En raison de la sévérité de la maladie, exclure l'enfant du service de garde et le réintégrer dès que son état de santé le permet.
  - Le traitement par voie parentérale d'une infection envahissante à *Hæmophilus influenzæ* de type b n'élimine pas nécessairement l'état de porteur. En conséquence, il faut compléter le traitement curatif par la chimioprophylaxie à la rifampicine, sauf si le sujet est traité par ceftriaxone.
  - Si l'enfant a fait une infection envahissante à Hib avant l'âge de 24 mois, il est recommandé de le vacciner.
- Contacts
  - Remettre une lettre explicative aux parents de tous les enfants en contact avec le sujet et, s'il y a lieu, une lettre au personnel.
- Contacts familiaux
  - Considérer comme contact toute personne qui vit dans la même maison que le sujet et qui a été exposée à celui-ci quatre heures ou plus par jour pendant au moins cinq des sept jours précédant l'hospitalisation.

  - Donner une chimioprophylaxie à tous les contacts, peu importe leur âge ou leur situation vaccinale, s'il y a dans la maison un enfant de moins de 4 ans qui n'est pas vacciné ou qui a une vaccination incomplète (voir le tableau 6), ou encore, s'il y a dans la maison un enfant immunosupprimé, peu importe son âge.
  - Les enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés doivent recevoir une dose de vaccin. Leur calendrier d'immunisation doit ensuite être suivi.
- En service de garde en milieu familial
  - Utiliser la même approche que pour les contacts familiaux si le sujet fréquente le service de garde plus de 25 heures par semaine.
  - Remettre une lettre à tous les parents.
- Dans un CPE ou une garderie recevant des enfants de moins de 2 ans
  - Si le sujet fréquente le service de garde 25 heures et plus par semaine et qu'il n'y a qu'un seul cas d'infection envahissante, considérer comme contacts les enfants du même groupe et le personnel qui s'en occupe.
  - Donner une chimioprophylaxie à tous les contacts, peu importe leur âge ou leur situation vaccinale, s'il y a dans le groupe un enfant de moins de 2 ans qui n'est pas vacciné ou qui a une vaccination incomplète (voir le tableau 6) et qui fréquente le service de garde 25 heures et plus par semaine.

    Les enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés doivent recevoir une dose de vaccin ; leur calendrier d'immunisation doit ensuite être suivi.
  - Si deux cas surviennent à l'intérieur d'une période de 60 jours, considérer comme contacts tous les enfants et le personnel du service de garde.
- Dans un service de garde ne recevant pas d'enfants de moins de 2 ans
  - Dans ces services de garde, la chimioprophylaxie à la rifampicine n'est pas indiquée, peu importe la situation vaccinale. Cependant, les enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés doivent recevoir une dose de vaccin, et leur calendrier d'immunisation doit être suivi.

Tableau 6 Évaluation de la situation vaccinale

Âge de l'enfant	Situation vaccinale
Enfant <12 mois	Elle est considérée incomplète, peu importe le nombre de doses reçues
Enfant >12 mois	Elle est considérée complète si l'enfant a reçu : 1 dose de vaccin à 15 mois et + 2 doses ou plus entre 12 et 14 mois 2 doses ou plus avant 12 mois et 1 dose à 12 mois et plus

Donner une chimioprophylaxie à la rifampicine aux contacts identifiés. Cette médication devrait être administrée le plus rapidement possible (dans les 24 heures qui suivent le diagnostic du cas). L'efficacité de la chimioprophylaxie pour prévenir les cas secondaires a été démontrée même lorsqu'elle est commencée jusqu'à sept jours ou plus après l'hospitalisation du cas.

- Rifampicine
  - Enfant < 1 mois : 10 mg/kg/24 h en une dose quotidienne, pendant 4 jours.
  - Enfant > 1 mois : 20 mg/kg/24 h en une dose quotidienne, pendant 4 jours (max., 600 mg/24 h).
  - La rifampicine peut être préparée en suspension par le pharmacien. Il est cependant recommandé de prendre au préalable des ententes avec lui.
  - Aviser la personne des effets secondaires possibles : nausées, vomissements, diarrhée, étourdissements, céphalées dans 20 % des cas, coloration orangée des urines et des larmes, coloration permanente des lentilles cornéennes souples et diminution de l'efficacité des contraceptifs oraux.
  - Ne pas administrer ce médicament aux femmes enceintes (remplacer par de la ceftriaxone).
- Ceftriaxone
  - Elle sera utilisée lorsque la rifampicine est contre-indiquée.
  - Adulte : 250 mg, IM, en dose unique.
  - Enfant < 15 ans : 125 mg, IM, en dose unique.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène et, plus particulièrement, la technique de mouchage.

Suivi

Pendant les deux mois qui suivent l'apparition d'un cas, n'admettre au service de garde que les enfants vaccinés de façon appropriée pour leur âge.

Lettre aux parents

Objet : Infection à *Hæmophilus Influenzæ* de type b

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Un enfant fréquentant le service de garde est atteint d'une infection à *Hæmophilus influenzæ* de type b. La bactérie se retrouve dans le nez et la gorge des enfants et des adultes en bonne santé, mais elle peut causer des infections sévères, telles que :

- la *méningite* (inflammation des enveloppes du cerveau), présentation clinique la plus fréquente qui se manifeste par de la somnolence, de la fièvre, la raideur de la nuque, des vomissements, de l'irritabilité, de la fatigue et une perte d'appétit ;
- la *pneumonie* (infection des poumons), qui se manifeste par de la fièvre, de la toux et une douleur à la poitrine ;
- l'*arthrite* (inflammation des articulations), laquelle se manifeste par de la rougeur, de la douleur, une chaleur et un gonflement au niveau d'une articulation ;
- l'*épiglottite* (inflammation de l'épiglotte), qui se manifeste par de la fièvre, de la difficulté à avaler la salive, de la fatigue et une respiration rapide et difficile ;
- la *cellulite* (inflammation du tissu cellulaire), laquelle se manifeste par une lésion cutanée bleuâtre, surélevée, et un gonflement qui apparaît rapidement (surtout au visage).

Dans le calendrier de vaccination régulier de votre enfant est inclus un vaccin très efficace qui protège contre le *Hæmophilus influenzæ de type b*.

❑ D'après les données dont nous disposons, votre enfant est adéquatement vacciné et n'a pas besoin de dose supplémentaire de vaccin.

❑ D'après les données dont nous disposons, la vaccination de votre enfant est incomplète. Nous vous demandons de prendre contact avec votre CLSC ou votre médecin dans les plus brefs délais pour régulariser sa situation vaccinale.

❑ Nous n'avons aucune donnée sur la situation vaccinale de votre enfant. Pour remèdier à ce fait, veuillez vous adresser à :

_____

❑ Votre enfant et ceux de son groupe devraient recevoir dans les 24 heures un traitement préventif à la rifampicine, car la bactérie peut se transmettre facilement en service de garde.

Ce traitement peut s'accompagner d'effets secondaires bénins : symptômes digestifs, coloration orangée des urines et des larmes et coloration permanente des lentilles cornéennes souples. Il vaut mieux enlever les lentilles cornéennes souples de votre enfant pendant toute la durée du traitement et jusqu'à 24 heures après la fin de la prise des médicaments.

Il est important que votre enfant prenne son traitement préventif au complet pour aider à enrayer cette infection et protéger la santé des vôtres et de tous ceux qui fréquentent le service de garde.

❑ Votre enfant n'a pas à recevoir de traitement préventif.

Si votre enfant présente de la fièvre ou des symptômes tels que ceux décrits dans la lettre, consultez votre médecin ou rendez-vous à votre CLSC le plus tôt possible (apportez cette lettre avec vous).

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Lettre au personnel

Objet : Infection à *Hæmophilus influenzæ* de type b

Lieu : _____

Date : _____

Un enfant fréquentant le service de garde est atteint d'une infection à Hæmophilus influenzæ de type b. La bactérie se retrouve dans le nez et la gorge des enfants et des adultes en bonne santé, mais elle peut causer des infections sévères, telles que :

- la *méningite* (inflammation des enveloppes du cerveau), la présentation clinique la plus fréquente qui se manifeste par de la somnolence, de la fièvre, la raideur de la nuque, des vomissements, de l'irritabilité, de la fatigue et une perte d'appétit ;
- la *pneumonie* (infection des poumons), qui se manifeste par de la fièvre, de la toux et une douleur à la poitrine ;
- de l'*arthrite* (inflammation des articulations), laquelle se manifeste par de la rougeur, une douleur, une chaleur et un gonflement au niveau d'une articulation ;
- l'*épiglottite* (inflammation de l'épiglotte), qui se manifeste par de la fièvre, de la difficulté à avaler la salive, de la fatigue et une respiration rapide et difficile ;
- la *cellulite* (inflammation du tissu cellulaire), laquelle se manifeste par une lésion cutanée bleuâtre surélevée et un gonflement qui apparaît rapidement (surtout au visage).

Vous devrez recevoir un traitement préventif à la rifampicine dans les 24 heures, afin de protéger les enfants du groupe et les vôtres. Il est important de suivre ce traitement au complet et tel qu'il est prescrit.

Ce traitement peut s'accompagner d'effets secondaires bénins : symptômes digestifs, coloration orangée des urines et des larmes, coloration permanente des lentilles cornéennes souples et diminution de l'efficacité des contraceptifs oraux. Il vaut mieux enlever vos lentilles cornéennes souples pendant toute la durée du traitement et jusqu'à 24 heures après la fin de la prise du médicament et utiliser un autre moyen de contraception jusqu'à la fin du cycle menstruel.

Merci de votre collaboration.

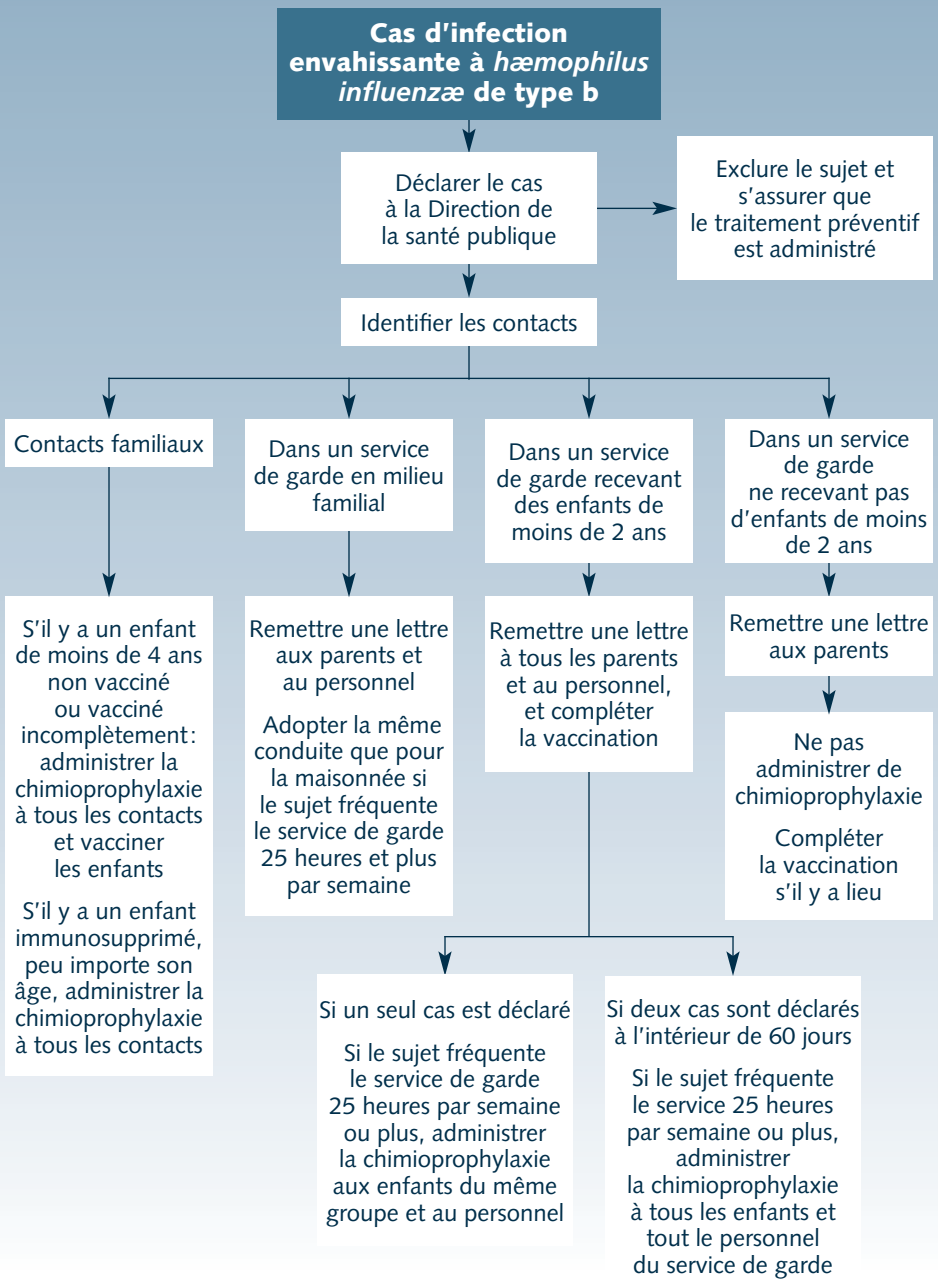
Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

HÆMOPHILUS INFLUENZÆ DE TYPE B (infection envahissante à)

Arbre décisionnel


Cas d'infection envahissante à *hæmophilus influenzæ* de type b
Déclarer le cas à la Direction de la santé publique
Exclure le sujet et s'assurer que le traitement préventif est administré
Identifier les contacts
Contacts familiaux
Dans un service de garde en milieu familial
Dans un service de garde recevant des enfants de moins de 2 ans
Dans un service de garde ne recevant pas d'enfants de moins de 2 ans
S'il y a un enfant de moins de 4 ans non vacciné ou vacciné incomplètement : administrer la chimioprophylaxie à tous les contacts et vacciner les enfants
S'il y a un enfant immunosupprimé, peu importe son âge, administrer la chimioprophylaxie à tous les contacts
Remettre une lettre aux parents et au personnel
Adopter la même conduite que pour la maisonnée si le sujet fréquente le service de garde 25 heures et plus par semaine
Remettre une lettre à tous les parents et au personnel, et compléter la vaccination
Remettre une lettre aux parents
Ne pas administrer de chimioprophylaxie
Compléter la vaccination s'il y a lieu
Si un seul cas est déclaré
Si le sujet fréquente le service de garde 25 heures par semaine ou plus, administrer la chimioprophylaxie aux enfants du même groupe et au personnel
Si deux cas sont déclarés à l'intérieur de 60 jours
Si le sujet fréquente le service 25 heures par semaine ou plus, administrer la chimioprophylaxie à tous les enfants et tout le personnel du service de garde

Information générale

Définition

L'hépatite A est une infection du foie causée par le virus de l'hépatite A (VHA).

Tableau clinique

Chez l'enfant de moins de 6 ans, 70 % des hépatites A sont asymptomatiques ou causent des symptômes légers non spécifiques. Chez l'enfant plus âgé et chez l'adulte, l'infection se manifeste par de la fièvre, un ictère, de l'anorexie, des nausées et un malaise général.

Complications

Il n'y a pas de porteur chronique.

L'hépatite A fulminante est rare. Elle est toutefois plus fréquente chez les personnes ayant une maladie hépatique sous-jacente.

La mortalité varie de 0,1 à 0,3 %. Elle est cependant plus élevée chez les adultes de plus de 50 ans, soit 1,8 %.

Durée de la maladie

Le plus souvent, l'hépatite A dure de quatre à six semaines. Cependant, elle peut parfois être plus sévère et se prolonger plusieurs mois.

Mode de transmission

L'hépatite A se transmet le plus souvent de personne à personne par voie fécale-orale, par ingestion d'eau, d'aliments ou de liquides contaminés, en particulier les mollusques crus ou insuffisamment cuits. Elle peut aussi se transmettre lors de relations sexuelles ou d'utilisation de seringues contaminées.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'hépatite A dure de deux à sept semaines ; en moyenne, un mois.

Période de contagiosité

La période de contagion de l'hépatite A, qui correspond à la période d'excrétion du virus dans les selles, dure de une à trois semaines. Elle commence une à deux semaines avant le début de l'ictère ou de la maladie (période maximale de contagion) et se termine généralement une semaine après. Le virus peut survivre dans l'environnement de deux semaines à plusieurs mois dépendant des conditions.

Les enfants peuvent excréter le virus sur une période plus longue que les adultes, soit jusqu'à plusieurs mois après le début de l'ictère.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'hépatite A.

Immunité

L'hépatite A confère une immunité permanente. Lorsqu'elles sont administrées à 0,02 ml/kg, les immunoglobulines confèrent une immunité passive de trois mois.

Actuellement, quatre vaccins monovalents et un vaccin combiné à celui de l'hépatite B sont disponibles au Canada. S'ils sont administrés avant l'exposition, ces vaccins sont utiles pour les personnes qui risquent d'être exposées au VHA, particulièrement sur des périodes prolongées. Il s'agit surtout de voyageurs en région endémique pour le VHA et d'individus appartenant à certains groupes où l'on a noté une augmentation de l'incidence de cette hépatite (hommes homosexuels, UDI, etc.).

Les enfants et les membres du personnel des services de garde ne font pas partie des groupes à risque qu'on recommande de vacciner en pré-exposition.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Détection des IgM anti-VHA qui indiquent une infection récente. Ces IgM sont présentes dès le début de la maladie et disparaissent à l'intérieur de quatre mois ; elles peuvent rarement persister jusqu'à six mois.
- Dosage des IgG anti-VHA. Elles apparaissent peu de temps après les IgM et persistent pour la vie. La présence d'IgG anti-VHA témoigne de l'immunité.

▲ exceptionnelles

- Aucune.

Traitement

▲ spécifique

- Aucun.

▲ de soutien

- Selon l'état clinique.

▲ prophylactique

- Immunoglobulines humaines (0,02 ml/kg, IM). Les personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre l'hépatite A avant l'exposition n'ont pas besoin de recevoir les IgG.
- Le vaccin peut être utilisé en prophylaxie post-exposition s'il peut être administré en moins de sept jours après le contact.

Particularités associées au service de garde

Aux États-Unis, des éclosions d'hépatite A ont souvent été liées aux services de garde. L'infection étant souvent asymptomatique chez les enfants, l'éclosion est reconnue lorsque des adultes en contact avec des enfants en service de garde (parents, personnel) sont atteints d'hépatite A symptomatique. Au Québec, quelques éclosions d'hépatite A ont été rapportées.

Les éclosions en service de garde surviennent plus souvent dans les services où le nombre d'enfants est élevé et où il y a des enfants aux couches.

Particularités associées à la femme enceinte

Adopter les mêmes mesures préventives que pour les autres malades. Il n'existe aucune contre-indication à l'administration d'Ig. L'innocuité du vaccin contre l'hépatite A chez la femme enceinte n'a pas été évaluée. Toutefois, le risque pour le fœtus est considéré comme négligeable.

Mesures à prendre

Enquête

Le plus souvent, on amorce une enquête dans un service de garde à la suite de la déclaration d'un cas d'hépatite A chez un adulte (personnel ou parent) en contact avec un enfant fréquentant le service de garde en question. S'il s'agit d'un parent, il faut procéder à la recherche d'IgM anti-VHA chez son enfant.

S'il s'agit d'un cas d'hépatite A parmi le personnel ou chez un enfant, une visite au service de garde est essentielle pour :

- identifier les contacts ;
- investiguer s'il y a une source alimentaire commune dans le cas de plusieurs cas simultanés, (voir la section « *Intoxication alimentaire* ») ;
- vérifier l'application des mesures d'hygiènes (lavage de mains, nettoyage et désinfection du matériel et des jouets, technique de changement de couche) ;
- organiser l'intervention.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Exclure le sujet du service de garde jusqu'à une semaine après l'apparition de l'ictère ou de la maladie, ou jusqu'à ce que tous les contacts aient reçu un traitement prophylactique.
  - Remettre la lettre nº 1.
- Contacts
  - S'il s'agit **d'un service de garde en milieu familial**, considérer comme contacts tous les enfants et les membres du personnel du service de garde en milieu familial ainsi que toutes les personnes vivant sous ce toit.

- À tous les contacts :
  - Administrer le vaccin seul, sans immunoglobulines humaines (IG), si la source d'infection du cas déclaré est bien identifiée (ex : voyage dans une région endémique) et si le contact a eu lieu moins de sept jours après le début de l'ictère du cas éclaré. Administrer le vaccin et les IG si le contact a eu lieu entre sept et quatorze jours du début de l'ictère du cas déclaré et administrer le vaccin seul si ce contact a eu lieu il y a plus de quatorze jours.
  - Administrer le vaccin et les IG, si on n'est pas certain que le cas déclaré soit le premier cas à survenir dans ce milieu (ex : source d'infection non identifiée). Remettre la lettre nº 2 aux contacts.
  - Administrer le vaccin seul à tout nouvel enfant ou membre du personnel admis au service de garde dans les six semaines suivant l'apparition du dernier cas.
- **Pour les autres services de garde (CPE et garderie)**, la définition de *contact* varie selon que le service admet des enfants aux couches ou non.
- Si le **service de garde n'admet pas d'enfants aux couches**, on considère comme contacts les enfants et le personnel du même groupe que le cas.
  - Administrer le vaccin seul sans IG si le contact a eu lieu moins de sept jours après début de l'ictère du cas déclaré.
  - Administrer le vaccin et les IG si le contact a eu lieu entre sept et quatorze jours du début de l'ictère du cas déclaré.
  - Administrer le vaccin seul si le contact a eu lieu il y a plus de quatorze jours.
  - Administrer le vaccin seul à tout nouvel enfant ou membre du personnel admis dans le groupe du cas dans les six semaines suivant l'apparition du dernier cas.
  - Remettre aux parents la lettre nº 3.
- Si le **service de garde admet des enfants aux couches**, il faut alors considérer que le VHA peut avoir déjà été largement transmis dans le milieu de garde et dans les familles particulièrement celles des enfants aux couches. La notion de contact sera plus ou moins étendue selon la situation.

Situation A

  - Un cas est déclaré parmi les enfants ou le personnel ou parmi les membres de la famille de deux enfants (de différentes familles) fréquentant le service de garde.
  - Considérer comme contacts tous les enfants et le personnel du service de garde, et leur administrer le vaccin et les IG ainsi qu'aux membres de la famille des cas.
  - Administrer le vaccin seul aux enfants et membres du personnel qui seront admis au cours des six semaines suivant l'apparition du dernier cas. Remettre aux parents de ces contacts la lettre nº 4.

Situation B

- On note une éclosion (un cas dans deux familles) est reconnue trois semaines ou plus après le début des symptômes du premier cas, ou on identifie l'infection dans trois familles ou plus.
- Considérer comme contacts tous les enfants et le personnel du service de garde, la famille de tous les enfants aux couches ainsi que les membres de la famille des cas, et leur administrer le vaccin et les IG.
- Administrer le vaccin seul à tout nouvel enfant ou membre du personnel admis au service de garde dans les six semaines suivant l'apparition du dernier cas.
- Remettre aux parents de ces contacts la lettre nº 5.
- Surveiller l'apparition d'ictère ou d'autres symptômes suggestifs d'hépatite A et diriger toute personne présentant ces symptômes vers un médecin. Toute personne qu'on soupçonne de souffrir d'hépatite A devrait être soumise à une recherche d'IgM anti-VHA. Si le test se révèle positif, voir la rubrique « Sujet ».

Note
Lorsqu'on administre des IgG à des enfants, toujours penser à reporter de trois mois une vaccination prévue contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, de cinq mois une vaccination contre la varicelle.

Les recommandations concernant l'utilisation de la gammaglobuline et du vaccin chez les personnes contacts visent la protection maximale des personnes exposées et l'élimination, le plus rapidement possible, de toute transmission du virus de l'hépatite A chez les enfants et le personnel du service de garde ainsi que chez leurs familles. Noter que ces recommandations pourraient changer au fur et à mesure de l'évolution des connaissances. Pour toute mise à jour, SVP se référer aux autres protocoles existants concernant le contrôle de l'hépatite A.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, tel le lavage de mains, et revoir la technique de changement de couches.

S'assurer que tous les jouets que les enfants peuvent porter à leur bouche sont désinfectés tous les jours.

Suivi

Surveiller le service de garde et les familles des enfants pendant les six semaines suivant l'apparition du dernier cas.

Lettre nº 1

Objet : Hépatite A

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Votre enfant est atteint d'hépatite A. Cette maladie virale peut être contagieuse pour les enfants et les adultes qui se trouvent en contact avec lui. Pour cette raison, nous vous demandons de garder votre enfant à la maison jusqu'au _____. Il pourra réintégrer par la suite le service de garde. Par ailleurs, pour votre protection et celle de votre famille, nous recommandons aux personnes habitant votre maison de recevoir un traitement préventif, soit une injection d'immunoglobulines *ou* un vaccin. Pour obtenir des renseignements à ce sujet, vous pouvez prendre contact avec :

_____

Pour obtenir plus d'information sur les caractéristiques de la maladie et sa prévention, nous vous suggérons de lire les renseignements et conseils pratiques ci-joints.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Lettre nº 2

Objet : Hépatite A

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Une personne du service de garde souffre présentement d'hépatite A. Cette maladie peut causer un malaise général et de la jaunisse pour une période de quelques semaines. La maladie est moins sévère chez les enfants que chez les adultes. Pour plus de renseignements sur la maladie, consultez les documents ci-joints.

Pour prévenir la maladie, on recommande pour votre enfant un traitement préventif. Il s'agit soit d'un vaccin ou d'une injection d'immunoglobulines, soit des deux. Il est important que tous les enfants reçoivent ce traitement préventif, afin d'enrayer la propagation de la maladie. Les parents des enfants n'ont pas à recevoir ce traitement. Nous vous demandons de vous présenter avec votre enfant à l'adresse suivante :

_____

Si votre enfant, vous-même ou une personne habitant votre maison présente, au cours des prochaines semaines, de la jaunisse ou des symptômes compatibles avec une hépatite A, nous vous demandons de consulter un médecin ou votre CLSC et d'aviser immédiatement le service de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

p. j. Renseignements et conseils pratiques

Lettre nº 3

Objet : Hépatite A

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Une personne du service de garde souffre présentement d'hépatite A. Cette maladie peut causer un malaise général et de la jaunisse pour une période de quelques semaines. La maladie est moins sévère chez les enfants que chez les adultes. Pour plus de renseignements sur la maladie, consultez les documents ci-joints.

❑ Pour prévenir la maladie, on recommande pour votre enfant un traitement préventif. Il s'agit soit d'un vaccin ou d'une injection d'immunoglobulines, soit des deux. Il est important que tous les enfants reçoivent ce traitement préventif, afin d'enrayer la propagation de la maladie. Les parents des enfants n'ont pas à recevoir ce traitement. Nous vous demandons de vous présenter avec votre enfant à l'adresse suivante :

_____

❑ Votre enfant n'étant pas dans le même groupe que le cas souffrant d'hépatite A, il n'est pas nécessaire qu'il reçoive, à ce stade-ci, de traitement préventif.

Si votre enfant, vous-même ou une personne habitant votre maison présente, au cours des prochaines semaines, de la jaunisse ou des symptômes compatibles avec une hépatite A, nous vous demandons de consulter un médecin ou votre CLSC et d'aviser immédiatement le service de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

p. j. Renseignements et conseils pratiques

Lettre nº 4

Objet : Hépatite A

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Une personne du service de garde est présentement atteinte d'hépatite A. Cette maladie peut causer un malaise général et de la jaunisse pour une période de quelques semaines. La maladie est moins sévère chez les enfants que chez les adultes. Pour plus de renseignements sur la maladie, consultez les documents ci-joints.

Pour prévenir la maladie, on recommande pour votre enfant un vaccin et une injection d'immunoglobulines. Il est important que tous les enfants reçoivent ce traitement préventif, afin d'enrayer la propagation de la maladie. Les parents des enfants n'ont pas à recevoir cette injection. Nous vous demandons de vous présenter avec votre enfant à l'adresse suivante :

_____

Si votre enfant, vous-même ou une personne habitant votre maison présente, au cours des prochaines semaines, de la jaunisse ou des symptômes compatibles avec une hépatite A, nous vous demandons de consulter un médecin ou votre CLSC et d'aviser immédiatement le service de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

p. j. Renseignements et conseils pratiques

Lettre nº 5

Objet : Hépatite A

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a présentement des cas d'hépatite A signalés au service de garde. Cette maladie peut causer un malaise général et de la jaunisse pour une période de quelques semaines. La maladie est moins sévère chez les enfants que chez les adultes. Vous trouverez ci-joint quelques renseignements et conseils pratiques au sujet de cette maladie.

❑ Pour prévenir la maladie, on recommande pour votre enfant un vaccin et une injection d'immunoglobulines. Il est important que tous les enfants reçoivent ce traitement préventif, afin d'enrayer la propagation de la maladie. Nous vous demandons de vous présenter avec votre enfant à l'adresse suivante :

_____

❑ Puisque la maladie risque de se propager, nous recommandons de faire administrer un vaccin et une injection d'immunoglobulines à toutes les personnes habitant votre maison. Cette recommandation ne concerne que les familles qui ont un enfant aux couches inscrit au service de garde. Pour obtenir de l'information à ce sujet, vous pouvez prendre contact avec :

_____

Si votre enfant, vous-même ou un membre de votre maison présente, au cours des prochaines semaines une jaunisse ou des symptômes compatibles avec l'hépatite A, nous vous demandons de consulter un médecin ou votre CLSC et d'aviser immédiatement le service de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

p. j. Renseignements et conseils pratiques

Renseignements et conseils pratiques

Définition

L'hépatite A est une infection causée par un virus qui s'attaque au foie. La plupart des enfants d'âge préscolaire n'ont pas de symptômes et, pour eux, la maladie est bénigne. La maladie est par contre plus sévère chez les enfants plus âgés et les adultes.

Symptômes

▲ Premiers symptômes

La maladie se manifeste habituellement par de la fièvre, un malaise général, de la fatigue, une perte d'appétit, des nausées et des vomissements, ainsi que de l'inconfort abdominal. Ces symptômes apparaissent entre deux et sept semaines après le contact avec le virus.

▲ Quelques jours après les premiers symptômes

L'infection provoque une jaunisse (peau jaune et blanc des yeux devenant jaune) et produit une urine foncée (couleur coca-cola) et des selles pâles. La jaunisse est plus fréquente chez les adultes.

Transmission

Le virus est présent dans les selles de la personne malade. Il peut se transmettre d'une personne à une autre par l'eau, les aliments, les breuvages ou les objets (ex : jouets) contaminés par les mains insuffisamment lavées, par exemple, quand un repas est préparé par une personne malade ou lorsqu'il y a partage de nourriture. Il peut aussi se transmettre par relations sexuelles ou utilisation de seringues contaminées.

Contagiosité

Le virus est présent dans les selles de la personne malade environ deux semaines avant le début de la jaunisse ou de la maladie et jusqu'à une semaine après. Une personne malade est considérée contagieuse pendant toute cette période. Elle ne doit pas préparer d'aliments ou de boissons pour d'autres personnes, ni donner des soins, ni fréquenter un service de garde. Les enfants peuvent transmettre la maladie même en l'absence de symptômes.

Prévention

L'administration d'un vaccin ou d'immunoglobulines (anticorps) est un moyen efficace de prévention après qu'il y a eu exposition à l'hépatite A. La prévention repose aussi sur de bonnes mesures d'hygiène, telles que :

▲ **le lavage des mains**

- après avoir changé un enfant de couche,
- après avoir aidé un enfant à aller aux toilettes,
- avant de manipuler des aliments,
- avant de manger ou de boire.

▲ **la désinfection des objets contaminés**

Le vaccin contre l'hépatite A est aussi utile avant qu'il y ait exposition au virus ; par exemple, avant un voyage dans une région à risque.

Renseignements concernant les immunoglobulines contre l'hépatite A

On peut prévenir l'hépatite A en administrant, entre autres, des immunoglobulines aux personnes ayant été en contact avec un cas souffrant d'hépatite A. Les immunoglobulines sont des anticorps provenant de plusieurs donneurs de sang. Elles ont été testées contre les différents virus dont le VIH (responsable du sida) et les hépatites B et C. Seuls les lots testés négatifs sont utilisés.

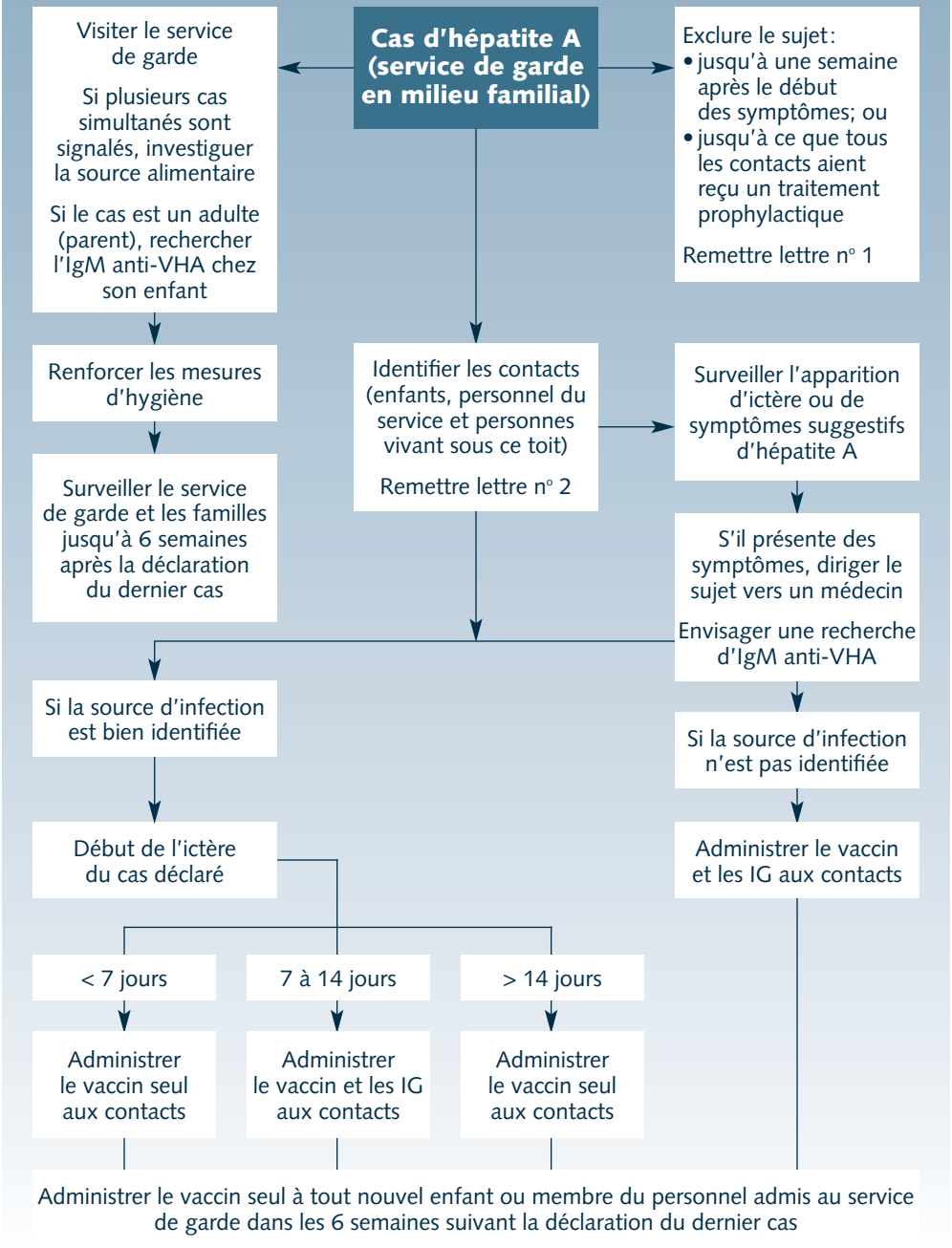
L'administration d'immunoglobulines est sécuritaire. Elles s'administrent par injection dans la fesse (dans la cuisse chez l'enfant de moins de 2 ans). Pour être efficaces, les immunoglobulines doivent être données le plus rapidement possible après le contact. Elles peuvent être administrées à la femme enceinte ou qui allaite. La durée de protection qu'elles procurent contre l'hépatite A est de trois mois.

L'administration d'immunoglobulines peut nuire à l'efficacité du vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons et de celui contre la varicelle. Après avoir reçu des immunoglobulines, il faut attendre trois mois avant de recevoir le vaccin RRO et cinq mois avant de recevoir le vaccin contre la varicelle. Les immunoglobulines doivent être données au moins deux semaines après l'administration du vaccin RRO et trois semaines après l'administration du vaccin contre la varicelle.

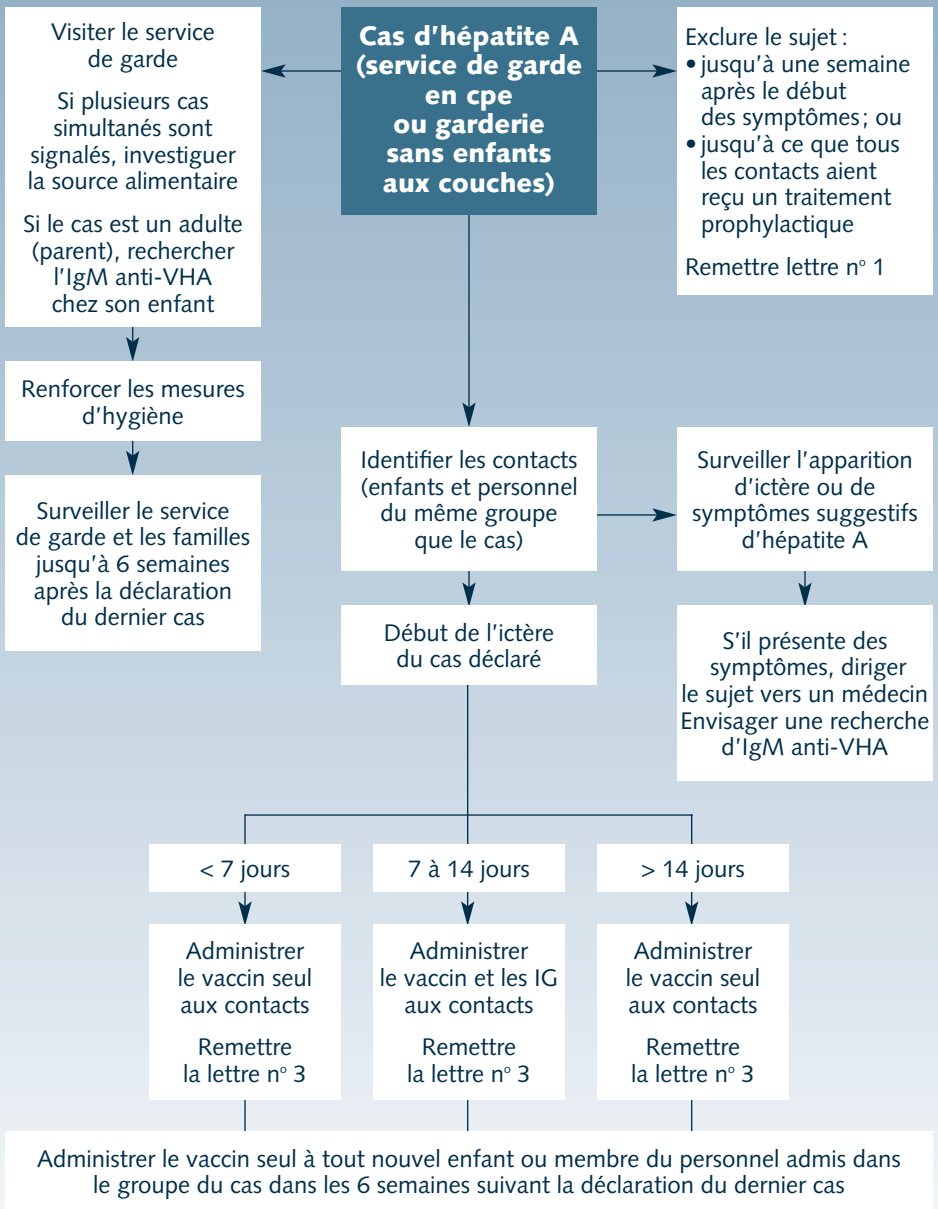
Effets secondaires possibles

Dans la majorité des cas, l'injection ne provoque aucune réaction. On peut parfois ressentir un malaise ou une douleur au point d'injection et, plus occasionnellement, une faible fièvre peut se présenter. Les réactions allergiques sont très rares.

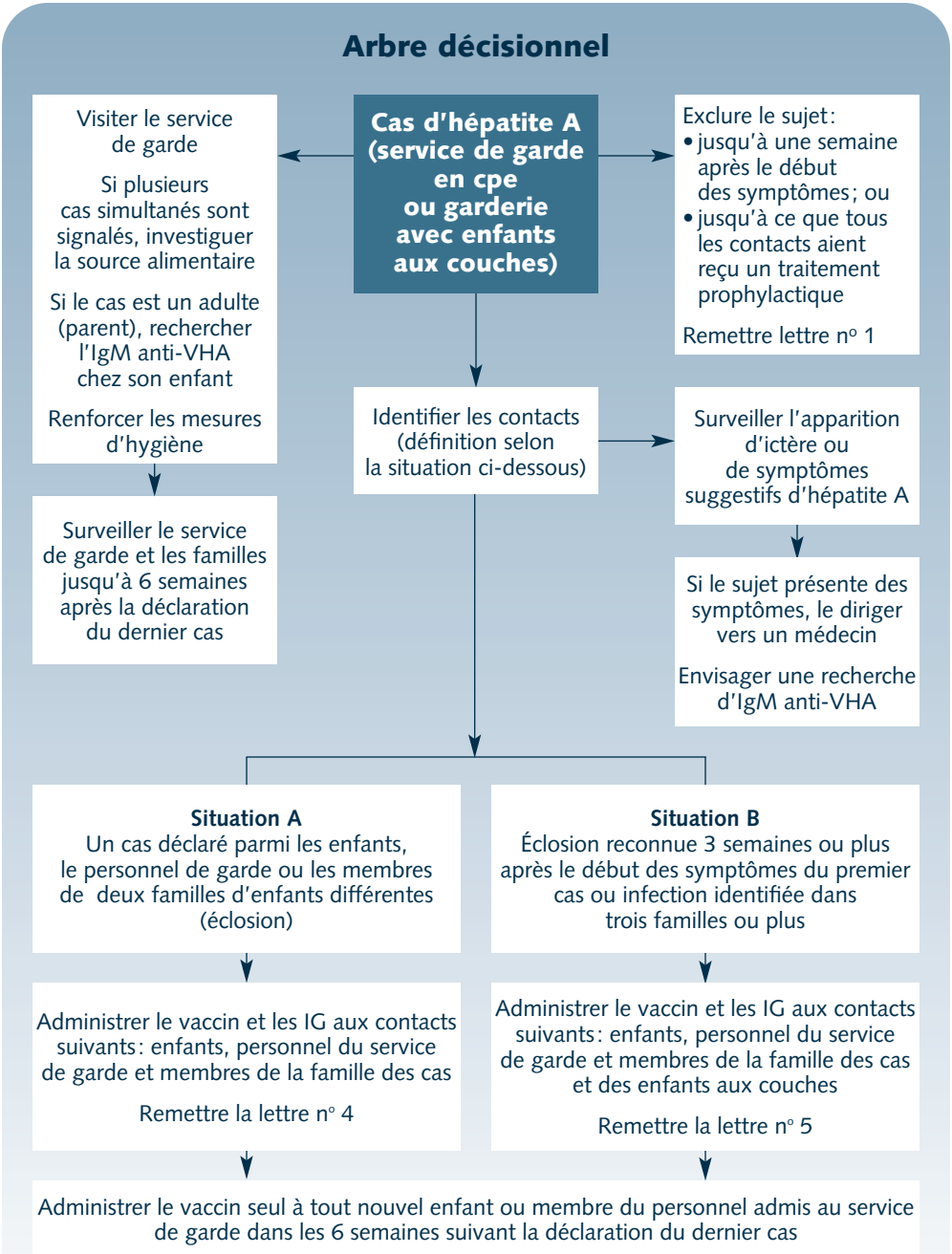
Arbre décisionnel

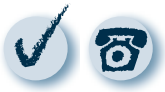

Cas d'hépatite A (service de garde en milieu familial)
Visiter le service de garde
Si plusieurs cas simultanés sont signalés, investiguer la source alimentaire
Si le cas est un adulte (parent), rechercher l'IgM anti-VHA chez son enfant
Exclure le sujet :
• jusqu'à une semaine après le début des symptômes; ou
• jusqu'à ce que tous les contacts aient reçu un traitement prophylactique
Remettre lettre nº 1
Renforcer les mesures d'hygiène
Identifier les contacts (enfants, personnel du service et personnes vivant sous ce toit)
Remettre lettre nº 2
Surveiller l'apparition d'ictère ou de symptômes suggestifs d'hépatite A
Surveiller le service de garde et les familles jusqu'à 6 semaines après la déclaration du dernier cas
S'il présente des symptômes, diriger le sujet vers un médecin
Envisager une recherche d'IgM anti-VHA
Si la source d'infection est bien identifiée
Si la source d'infection n'est pas identifiée
Début de l'ictère du cas déclaré
Administrer le vaccin et les IG aux contacts
< 7 jours
7 à 14 jours
> 14 jours
Administrer le vaccin seul aux contacts
Administrer le vaccin et les IG aux contacts
Administrer le vaccin seul aux contacts
Administrer le vaccin seul à tout nouvel enfant ou membre du personnel admis au service de garde dans les 6 semaines suivant la déclaration du dernier cas

Arbre décisionnel


Cas d'hépatite A (service de garde en cpe ou garderie sans enfants aux couches)
Visiter le service de garde
Si plusieurs cas simultanés sont signalés, investiguer la source alimentaire
Si le cas est un adulte (parent), rechercher l'IgM anti-VHA chez son enfant
Renforcer les mesures d'hygiène
Surveiller le service de garde et les familles jusqu'à 6 semaines après la déclaration du dernier cas
Exclure le sujet :
• jusqu'à une semaine après le début des symptômes ; ou
• jusqu'à ce que tous les contacts aient reçu un traitement prophylactique
Remettre lettre nº 1
Identifier les contacts (enfants et personnel du même groupe que le cas)
Surveiller l'apparition d'ictère ou de symptômes suggestifs d'hépatite A
Début de l'ictère du cas déclaré
S'il présente des symptômes, diriger le sujet vers un médecin
Envisager une recherche d'IgM anti-VHA
< 7 jours
7 à 14 jours
> 14 jours
Administrer le vaccin seul aux contacts
Remettre la lettre nº 3
Administrer le vaccin et les IG aux contacts
Remettre la lettre nº 3
Administrer le vaccin seul aux contacts
Remettre la lettre nº 3
Administrer le vaccin seul à tout nouvel enfant ou membre du personnel admis dans le groupe du cas dans les 6 semaines suivant la déclaration du dernier cas

Arbre décisionnel


Cas d'hépatite A (service de garde en cpe ou garderie avec enfants aux couches)
Visiter le service de garde
Si plusieurs cas simultanés sont signalés, investiguer la source alimentaire
Si le cas est un adulte (parent), rechercher l'IgM anti-VHA chez son enfant
Renforcer les mesures d'hygiène
Surveiller le service de garde et les familles jusqu'à 6 semaines après la déclaration du dernier cas
Exclure le sujet :
• jusqu'à une semaine après le début des symptômes ; ou
• jusqu'à ce que tous les contacts aient reçu un traitement prophylactique
Remettre lettre nº 1
Identifier les contacts (définition selon la situation ci-dessous)
Surveiller l'apparition d'ictère ou de symptômes suggestifs d'hépatite A
Si le sujet présente des symptômes, le diriger vers un médecin
Envisager une recherche d'IgM anti-VHA
Situation A
Un cas déclaré parmi les enfants, le personnel de garde ou les membres de deux familles d'enfants différentes (éclosion)
Situation B
Éclosion reconnue 3 semaines ou plus après le début des symptômes du premier cas ou infection identifiée dans trois familles ou plus
Administrer le vaccin et les IG aux contacts suivants : enfants, personnel du service de garde et membres de la famille des cas
Remettre la lettre nº 4
Administrer le vaccin et les IG aux contacts suivants : enfants, personnel du service de garde et membres de la famille des cas et des enfants aux couches
Remettre la lettre nº 5
Administrer le vaccin seul à tout nouvel enfant ou membre du personnel admis au service de garde dans les 6 semaines suivant la déclaration du dernier cas



Information générale

Définition

L'hépatite B est une infection du foie causée par le virus de l'hépatite B (VHB).

Tableau clinique

L'hépatite B cause un ictère, de l'anorexie, de la fièvre, des malaises généraux, des nausées, des rashs et des arthralgies. L'infection est surtout diagnostiquée chez les personnes de plus de 15 ans. Elle est plus fréquente en région urbaine qu'en région rurale.

L'infection produit des symptômes typiques chez seulement 5 à 10 % des enfants atteints ; elle est asymptomatique chez 85 à 95 % d'entre eux. Parmi les enfants infectés à la naissance, 90 % évolueront vers un état de porteur. Ce taux est de 30 % chez ceux infectés entre 1 et 5 ans.

Complications

L'hépatite B peut causer une hépatite fulminante ou évoluer vers un état de porteur. Les porteurs sont plus susceptibles de souffrir d'une hépatite chronique active, d'une cirrhose ou d'un cancer du foie.

Durée de la maladie

La durée de la maladie varie dans les cas d'infection aiguë (Les symptômes disparaissent graduellement.). Dans le cas d'infections chroniques, elle dure toute la vie.

Mode de transmission

L'hépatite B est une maladie qui se transmet d'une personne infectée à une personne réceptive. Le VHB se retrouve surtout dans le sang, les sécrétions vaginales, le sperme et les liquides séreux d'une personne infectée. Il est présent dans la salive à des concentrations de 1000 à 10 000 fois moindre que dans le sang.

La transmission du VHB peut avoir lieu s'il y a un contact percutané ou muqueux avec un liquide biologique infectieux, soit : le sang, les sécrétions vaginales, le sperme et les liquides séreux. Les autres liquides biologiques (ex. : vomissements, urine, selles) sont considérés infectieux seulement s'ils sont visiblement teintés de sang. La transmission du VHB se fait principalement par relations sexuelles, par voie sanguine au moyen d'un contact percutané avec du sang (piqûre d'aiguille, échange de seringues ou d'aiguilles chez les usagers de drogues injectables, etc.) ou de la mère à l'enfant (transmission verticale).

La salive est considérée infectieuse dans les cas de morsure avec bris cutané impliquant une inoculation directe de salive percutanée, ou lorsqu'elle est visiblement teintée de sang.

La transmission de personne à personne peut aussi avoir lieu au moment de contacts répétés sur des périodes prolongées. Parmi les contacts familiaux, la transmission non sexuelle peut se faire d'un enfant à un autre. Le méchanisme précis de transmission est inconnu. Cependant, des contacts fréquents entre une peau non intacte ou une muqueuse et des sécrétions ou liquides biologiques contenant du sang sont les modes de transmission les plus plausibles.

Le VHB ne se transmet pas par contact avec les aliments, la toux, les éternuements, le siège de toilette, les urines, les larmes et les selles ou par un simple contact social comme une accolade ou un jeu.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'hépatite B dure de six semaines à six mois. En moyenne : elle dure trois mois.

Période de contagiosité

L'hépatite B est contagieuse tant que le VHB est présent dans le sang et les sécrétions. Il faut habituellement compter une période de trois à six mois pour l'élimination du virus. Les personnes qui évoluent vers un état de porteur garderont le virus présent dans leur sang et leurs sécrétions toute leur vie. Les personnes chez qui on retrouve l'antigène « e » transmettent plus facilement l'infection que les autres.

Le virus peut survivre jusqu'à une semaine sur les surfaces.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'hépatite B.

Immunité

L'hépatite B confère une immunité permanente chez les personnes qui développent des anticorps. L'injection de gammaglobulines hyperimmunes confère une immunité passive. Elle est utilisée en combinaison avec le vaccin après une exposition.

Actuellement, deux vaccins monovalents et un vaccin combiné avec celui de l'hépatite A sont disponibles au Canada.

La vaccination complète confère un taux protecteur d'anticorps, voire de 90 à 95 %, des sujets en bonne santé.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Dosage sanguin de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (HBsAg) et des IgM anti-HBc.
- La présence d'anti-HBs témoigne de l'immunité.

▲ **exceptionnelles**

- Aucune.

Traitement

▲ **spécifique**

- Le traitement à l'interféron ou avec la lamivudine est possible pour certains cas d'infection chronique.

▲ **prophylactique**

- Des gammaglobulines hyperimmunes et le vaccin peuvent être administrés à la suite d'une exposition.

Particularités associées au service de garde

Des cas de transmission du VHB entre enfants en service de garde ont été rapportés à quelques reprises aux États-Unis et dans certains pays d'Asie. En revanche, on signale d'autres cas d'enfants ou adultes atteints d'hépatite B qui ont fréquenté un service de garde sans qu'il y ait transmission, malgré un contact prolongé. Le risque de transmission du VHB en service de garde en présence d'un enfant ou d'un adulte porteur est jugé minime s'il y a comportement normal, absence de plaie, de dermatite généralisée ou de problème de saignement.

Par ailleurs, même si la prévalence de l'infection chronique au VHB n'est pas connue pour les enfants d'âge préscolaire, on peut croire qu'elle est très faible au Québec.

Certaines situations peuvent cependant soulever des inquiétudes et méritent d'être discutés : le cas de morsures, le contact avec du sang lors de blessures ou d'accidents, le partage possible de brosses à dents et les contacts quotidiens.

▲ **Risque en regard des morsures**

Une morsure avec bris cutané est le seul type de morsures pouvant permettre la transmission du VHB lorsqu'une des personnes en cause est infectée par ce virus.

▲ **Risque relativement aux contacts avec le sang lors de blessures ou d'accidents**

Lorsque le sang entre en contact avec une peau saine, le VHB ne risque pas d'être transmis. En effet, la peau saine constitue une barrière efficace à l'entrée du virus. Pour être transmis, le VHB doit être en contact avec une muqueuse (ex. : nez, bouche, œil) ou une plaie cutanée récente.

▲ **Risque en regard du partage de brosses à dents**

La transmission du VHB par brossage de dents peut survenir s'il y a partage de brosses à dents entre enfants dont un est infecté par le VHB. Ce risque de transmission s'explique par la possibilité de saignement des gencives au moment du brossage.

▲ Risque quant aux contacts corporels quotidiens

L'hépatite B ne se transmet pas par contact corporel quotidien avec un enfant infecté ni par contact avec les urines, les selles ou les larmes. Le VHB peut se transmettre par des jouets contaminés par la salive d'un enfant infecté à un autre enfant qui met ces jouets dans sa bouche, mais cela n'a jamais été démontré dans un contexte de service de garde.

Chaque service de garde devrait se doter d'une politique relative aux maladies transmissibles par le sang et informer les parents de cette politique. Pour plus d'informations, se référer au document : *Les maladies transmissibles par le sang et les services de garde à l'enfance. Recueil d'informations visant à soutenir les services de garde qui désirent établir une politique relative aux maladies transmissibles par le sang (dont celles causées par le virus de l'immunodéficience humaine ou le virus de l'hépatite B)* publié par la Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, mai 1995.

Particularités associées à la femme enceinte

La mère qui est porteuse chronique du virus peut transmettre l'infection à non nouveau-né lors de la période périnatale. La vaccination contre le VHB n'est pas contre-indiquée pour la femme enceinte.

Mesures à prendre

Enquête

On doit évaluer le risque de transmission en tenant compte de la présence d'un comportement agressif, de lésions suintantes ou d'autres conditions médicales favorisant le saignement chez l'enfant porteur du VHB.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure le sujet.
  - Vaccin contre l'hépatite A pour la protection individuelle des personnes porteuses du virus de l'hépatite B.
  - Il n'y a pas d'obligation pour le sujet (ou son parent) de dévoiler l'état d'infection au VHB. Par ailleurs, lorsque cet état est connu d'une ou de deux personnes au service de garde, la prise en charge des expositions accidentelles se fait plus facilement. À cette fin, il peut être pertinent d'encourager le sujet (ou son parent) à dévoiler leur état d'infection à une ou deux personnes de confiance de son choix, préalablement formées sur l'état d'infection au VHB. Aucune pression ne doit cependant être exercée sur le sujet (ou son parent).
- Contacts
  - En service de garde en milieu familial, considérer comme contacts tous les membres de la maisonnée. Offrir le vaccin contre le VHB à tous les contacts d'un porteur chronique d'infection au VHB, enfants ou adultes.
  - Dans les CPE, considérer comme contacts tous les enfants et le personnel du service de garde.

– S'il y a présence d'un comportement agressif, de lésions suintantes ou d'autres conditions médicales favorisant le saignement chez le sujet, on recommande de vacciner tous les contacts, tout en respectant la confidentialité. Lorsqu'aucune de ces conditions n'est présente, le risque de transmission est jugé minime. Compte tenu de la disponibilité d'un vaccin efficace, en présence d'un cas d'infection chronique au VHB en service de garde, on offrira de vacciner les contacts, même si le risque de transmission est faible. Il n'est pas justifié d'effectuer un dépistage sérologique pour rechercher activement des porteurs du VHB en milieu de garde, puisque le risque de transmission est faible et que l'application des pratiques de base (incluant les mesures de précaution avec le sang) s'avère efficace.
– Il est important de fournir aux parents et au personnel du service de garde toute l'information nécessaire à la compréhension de la maladie, des modes et des risques de transmission, des précautions de routine, de la vaccination contre l'hépatite B et des raisons justifiant la vaccination au service de garde. Ceci permettra d'éviter qu'une mauvaise compréhension de la situation entraîne un rejet de l'enfant infecté.
– En cas d'exposition accidentelle per-cutanée ou muqueuse à du sang ou des liquides biologiques ou en cas de morsure avec bris de peau, référer la personne exposée chez un médecin pour une évaluation médicale et une prophylaxie post-exposition.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le nettoyage des jouets.

S'assurer que les mesures de prévention des maladies transmissibles par le sang sont appliquées au service de garde, lesquelles mesures incluent les pratiques de base et les mesures de prophylaxie post-exposition.

Note
Voir le chapitre III et l'*Avis de santé publique sur le contrôle des maladies transmissibles par le sang dans le contexte d'un service de garde à l'enfance,* publié par la Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 1994, ainsi que **l'annexe à ce document, section travailleurs,** publié par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre en mai 1997.

S'assurer que des mesures sont prises afin d'éviter le partage des brosses à dents, et que ces brosses sont entreposées correctement, sans contact les unes avec les autres et sans qu'elles puissent dégouliner les unes sur les autres.

Note
Voir la section « Le brossage des dents » du chapitre VI.

Suivi

Effectuer un suivi de la vaccination ainsi que de l'application des mesures de prévention (pratiques de base, mesures de prophylaxie post-exposition).

Fournir au personnel toute l'information et le soutien nécessaires.

Tenir des séances d'information auprès des parents si cela s'avère pertinent.

Lettre aux parents

Objet : Hépatite B

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a au service de garde une personne atteinte de l'hépatite B. Quoiqu'il s'agisse d'une infection très peu contagieuse en service de garde, nous désirons vous transmettre les informations suivantes sur l'hépatite B.

L'hépatite B est une infection causée par un virus qui s'attaque au foie. Les enfants infectés présentent en général peu ou pas de symptômes, mais ils peuvent demeurer porteurs du virus pendant plusieurs années. À long terme, l'infection par le virus de l'hépatite B peut causer des dommages au foie allant jusqu'à la cirrhose.

Modes de transmission

L'hépatite B se transmet principalement par le sang ou par contact sexuel, ou de la mère à l'enfant lors de la grossesse ou de l'accouchement. En service de garde, les risques de transmission sont faibles. Ce n'est que dans les cas suivants que le virus pourrait être transmis : morsures avec bris cutané, contact entre du sang infecté et une muqueuse (ex : bouche) ou une plaie cutanée ou partage accidentel d'une brosse à dents.

Mesures de prévention

Au service de garde, toutes les mesures de prévention pour éviter le contact avec du sang ou le partage de brosse à dents sont déjà appliquées ; elles font partie des mesures de prévention de routine.

Vaccin contre l'hépatite B

Un vaccin sécuritaire et efficace contre l'hépatite B est actuellement administré à tous les enfants, en 4e année du primaire, soit vers l'âge de 10 ans. Étant donné la présence d'une personne atteinte de l'hépatite B au service de garde, nous vous offrons la possibilité de faire vacciner votre enfant contre l'hépatite B maintenant plutôt qu'en 4e année. À ce sujet, vous pouvez contacter :

_____

Pour toutes questions supplémentaires, vous pouvez contacter

_____

ou vous présenter au service de garde le :

_____

une séance d'information sera donnée.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Information générale

Définition

L'hépatite C est une infection du foie causée par le virus de l'hépatite C (VHC). Environ 80 % des hépatites non A-non B de transmission parentérale sont attribuables au virus de l'hépatite C. Chez la population canadienne, on estime qu'entre 0,5 et 1 % des personnes sont porteuses du VHC.

Tableau clinique

L'hépatite C consiste en une infection aiguë souvent asymptomatique ou avec de légers symptômes non spécifiques comme la fatigue, l'anorexie, les malaises généraux et, rarement, l'ictère. Environ 85 % des personnes infectées évolueront vers une infection chronique du foie avec une virémie prolongée. Parmi celles-ci, 20 à 50 % développeront une cirrhose, à un rythme d'environ 10 % par année.

Une fatigue persistante ou intermittente et des malaises généraux peuvent se manifester lors d'infections chroniques. L'hépatite fulminante est rare.

Complications

L'hépatite C peut entraîner une maladie chronique du foie, dont la cirrhose et le cancer du foie, survenant après plusieurs années d'évolution.

Durée de la maladie

La durée de l'hépatite C est variable dans les cas d'infections aiguës. Les symptômes disparaissent graduellement chez la majorité de ces patients. Cette maladie dure toute la vie dans les cas d'infections chroniques.

Mode de transmission

L'hépatite C se transmet principalement par voie sanguine, par transfusion de sang ou de produits sanguins, ou par partage de seringues ou d'aiguilles contaminées. La transmission sexuelle est possible, mais le risque est faible en absence d'autres facteurs de risque. La transmission à une personne vivant sous le même toit est très rare, et la transmission périnatale est estimée autour de 5 %. La transmission du VHC par l'allaitement maternel n'a pas été démontrée. Deux cas de transmission possible par morsure dans un contexte de bagarre survenue entre adultes dans un bar et à domicile ont déjà été rapportés. Dans ces situations, il est probable qu'il y ait eu présence de sang dans la salive.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'hépatite C dure de six à sept semaines pouvant s'étendre de deux à 24 semaines.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'hépatite C dure tant que le VHC est présent dans le sang.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'hépatite C.

Immunité

Les anticorps contre le VHC apparaissent en moyenne huit semaines après l'exposition. Chez la majorité des personnes infectées, la réponse immunitaire est insuffisante pour combattre l'infection et ne procure pas une immunité protectrice.

Il existe plusieurs génotypes du VHC. Les réinfections sont possibles avec les mêmes génotypes ou avec des génotypes différents.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Test sérologique de recherche de l'anticorps anti-VHC. Ce test n'est pas valide chez les enfants de moins de 12 mois en raison de la présence des anticorps maternels.

▲ exceptionnelles

- Détection de l'ARN du VHC par des techniques d'amplification génique (PCR).

Traitement

▲ spécifique

- Traitement combiné à l'interféron et à la ribavirine ou, si la ribavirine est contre-indiquée, traitement à l'interféron seul, dans le cas d'hépatite C chronique. Les études sur le traitement de l'hépatite C chez les personnes de moins de 18 ans sont limitées. Avec l'interféron-alpha, elle suggèrent une efficacité similaire à celle observée chez les adultes.

▲ prophylactique

- Les gammaglobulines ne sont pas utiles après une exposition au virus de l'hépatite C.

Particularités associées au service de garde

Aucun cas de transmission d'hépatite C n'a été rapporté dans les services de garde. Un enfant infecté par le VHC ne représente pas un risque de transmission du virus aux autres enfants par les contacts de la vie courante (boire dans le même verre, donner une

accolade, partager des jeux, utiliser le même siège de toilette, etc.). Par ailleurs, pour la prévention des maladies transmissibles par le sang, chaque service de garde devrait se doter d'une politique relative aux maladies transmissibles par le sang et informer les parents de cette politique. Pour plus de renseignements à ce sujet se référer au document *Les maladies transmissibles par le sang et les services de garde à l'enfance. Recueil d'informations visant à soutenir les services de garde qui désirent établir une politique relative aux maladies transmissibles par le sang (dont celle causée par le virus de l'immunodéficience humaine ou le virus de l'hépatite B),* publié par la Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, mai 1995.

Particularités associées à la femme enceinte

Près de 5 % des femmes transmettent le VHC à leur bébé pendant leur grossesse ou leur accouchement. L'infection se transmet plus facilement en présence d'une infection concomitante à VIH. L'allaitement n'est pas contre-indiqué.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure le sujet. Le vacciner contre les hépatites A et B.
- Contacts
  - Aucune mesure de prévention n'est recommandée pour les contacts au service de garde. S'il y a exposition significative à du sang, référer la personne exposée sans délai à son médecin, CLSC ou service d'urgence pour fins d'évaluation.

Environnement

S'assurer que les mesures de prévention des maladies transmissibles par le sang sont appliquées au service de garde, lesquelles mesures incluent les pratiques de base et les mesures de prophylaxie post-exposition.

Note
Pour plus de détails, se référer au chapitre III et à l'*Avis de santé publique sur le contrôle des maladies transmissibles par le sang dans le contexte d'un service de garde à l'enfance,* publié par la Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, en avril 1994, ainsi qu'à l'**annexe à ce document, section travailleurs,** publié par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre en mai 1997.

Suivi

Fournir au personnel l'information pertinente.

Tenir des séances de formation auprès des parents si cela est nécessaire.

Information générale

Définition

L'hépatite D consiste en une infection du foie causée par le virus de l'hépatite D (VHD) ou delta chez des personnes infectées par le virus de l'hépatite B (VHB). L'infection par le virus delta se fait en même temps que l'infection par le VHB (coinfection) ou s'ajoute à une infection déjà présente (surinfection). Le VHD ne peut produire d'infection en l'absence du VHB.

Tableau clinique

La coinfection par les virus de l'hépatite B et delta se manifeste par une infection aiguë semblable à celle de l'hépatite B ; cependant, le risque d'hépatite fulminante augmente à 5 %. La surinfection par le virus delta d'une personne atteinte d'une infection chronique au VHB peut résulter en une hépatite fulminante ou en une forme sévère d'hépatite chronique évoluant rapidement vers une cirrhose.

Complications

L'hépatite D peut entraîner une hépatite fulminante, une hépatite chronique et une cirrhose.

Mode de transmission

La transmission de l'hépatite D est similaire à celle de l'hépatite B, i. e. soit par contact percutané ou muqueux avec du sang contaminé, soit par usage de drogues injectables, soit par contact sexuel. La transmission intrafamiliale du VHD est possible chez les porteurs du VHB. La transmission de la mère à l'enfant est rare.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'hépatite D dure de deux à huit semaines dans les cas de surinfection. S'il s'agit d'une coinfection, la période d'incubation est similaire à celle du virus de l'hépatite B, soit de six semaines à six mois.

Période de contagiosité

L'hépatite D est contagieuse tant que les virus des hépatites B et D sont présents dans le sang.

Réceptivité

Les personnes atteintes du virus de l'hépatite B sont susceptibles de contracter l'hépatite D.

Au Québec, l'infection au virus delta est rare. Elle se retrouve surtout chez les usagers de drogues injectables.

Immunité

Les anticorps anti-VHD apparaissent pendant la phase aiguë de l'infection et ils persistent, que la maladie guérisse ou non.

Aucun vaccin n'est disponible. Cependant, puisqu'il faut être infecté par le VHB pour acquérir le VHD, le vaccin contre l'hépatite B protège les individus aussi contre l'acquisition du VHD.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Test sérologique de détection des anticorps anti-VHD.

▲ **exceptionnelles**

- Test PCR de détection du VHD

Traitement

▲ spécifique

- Aucun.

▲ **de soutien**

- Selon l'état clinique.

Particularités associées au service de garde

Aucun cas de transmission du VHD n'a été rapporté en service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

La transmission du VHD de la mère au nouveau-né est inhabituelle.

Mesures à prendre

Voir la section sur l'hépatite B.

Information générale

Définition

L'hépatite E est une infection du foie causée par le virus de l'hépatite E (VHE) qui se rencontre surtout dans les pays en voie de développement, rarement en Amérique du Nord. Elle est souvent épidémique.

Tableau clinique

L'hépatite E est une maladie aiguë avec jaunisse, malaise général, anorexie, fièvre, douleur abdominale et arthralgie. Elle est plus fréquente chez les adultes que chez les enfants.

Complications

Il n'y a pas d'infection chronique. Cette maladie provoque des décès dans moins de 0,5 % des cas. Elle est toutefois sévère chez les femmes enceintes ; les décès pouvant atteindre 20 % des cas.

Mode de transmission

L'hépatite E se transmet par voie entérique, surtout par l'ingestion d'eau contaminée. La transmission de l'hépatite E de personne à personne par voie fécale-orale est possible, mais elle n'est pas fréquente.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'hépatite E dure de 15 à 64 jours ; en moyenne, de 26 à 42 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'hépatite E après l'infection aiguë n'est pas connue. L'excrétion du virus dans les selles et la virémie persiste environ deux semaines.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'hépatite E.

Immunité

On ne sait pas si l'hépatite E confère une immunité.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Le diagnostic se pose par élimination des hépatites aiguës A, B, C et D.

▲ **exceptionnelle**

- Détection des IgM et des IgG anti-VHE. Non encore disponibles commercialement, ces tests sont utilisés dans les laboratoires de référence.

Traitement

▲ **spécifique**

- Aucun.

▲ **de soutien**

- Selon l'état clinique.

Particularités associées au service de garde

Aucun cas de transmission du VHE n'a été rapporté en service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Le taux de mortalité attribuable à l'infection au VHE est particulièrement élevé chez les femmes enceintes.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Exclure le sujet pendant la phase aiguë de la maladie.
- Contacts
  - Aucune mesure.
  - L'efficacité de l'administration de gammaglobulines n'a pas été démontrée.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiènes usuelles dont le lavage de mains.

Suivi

Aucun.

Information générale

Définition

L'herpès est une infection systémique qui se manifeste surtout par des lésions muco-cutanées causées par le virus herpès simplex de types 1 ou 2. Nous ne traiterons ici que de l'herpès buccal, lequel est habituellement de type 1. Pour l'herpès néonatal, voir la note à la fin de la présente section.

Tableau clinique

L'herpès primaire peut être asymptomatique, surtout chez les enfants. Symptomatique, il se manifeste souvent par une gingivostomatite caractérisée par de la fièvre, de l'irritabilité, un énanthème ulcéreux des gencives et de la muqueuse buccale, des lésions vésiculaires de l'oropharynx et une pharyngo-amygdalite aiguë accompagnée de difficultés à s'alimenter.

Le virus demeure sous forme latente et peut donner lieu à des récurrences se présentant sous la forme de bouquets de vésicules sur base érythémateuse à la région péribuccale (« feu sauvage »). Certains facteurs peuvent provoquer ces récurrences : fièvre, changements physiologiques, infections, différentes formes de traumatisme, surexposition au soleil, stress, etc.

Complications

L'herpès peut entraîner les complications suivantes :

- déshydratation possible ;
- eczéma herpétiforme ;
- kératite et conjonctivite herpétique,
- panaris herpétique ;
- infection sévère chez les immunosupprimés.

Durée de la maladie

L'herpès dure de cinq à quatorze jours pour la primo-infection.

Mode de transmission

L'herpès se transmet par contact avec les lésions ou la salive d'une personne infectée ou avec des mains ou des objets fraîchement contaminés.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'herpès dure de deux à douze jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'herpès est difficile à définir. Pour la primo-infection, le virus est habituellement excrété dans la salive et par les lésions au moins pendant une semaine et, occasionnellement, pendant plusieurs mois. Pour la récurrence, la quantité maximale de virus est présente dans les premières 24 heures. Il a généralement disparu après cinq jours.

Le virus peut être excrété de façon intermittente dans la salive pendant plusieurs années après l'infection, même en l'absence de manifestations cliniques.

Le virus survit deux heures sur la peau, trois heures sur les vêtements et quatre heures sur les surfaces non poreuses.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'herpès.

Immunité

L'herpès peut être suivi de récurrences, malgré la présence d'anticorps circulants. De 70 à 90 % des adultes ont des anticorps contre le type 1.

Un vaccin expérimental existe, mais son efficacité reste à prouver.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Manifestations cliniques pour la gingivostomatite et les récurrences buccales.

▲ **exceptionnelles**

- Culture virale (résultat possible entre un et trois jours).
- Immunofluorescence directe.

Traitement

▲ **spécifique**

- On peut envisager d'administrer des antiviraux, en particulier l'acyclovir intraveineux, surtout pour l'hôte immunosupprimé.

- L'acyclovir prescrit par voie orale moins de 72 heures après la déclaration de la maladie (60 mg/kg/24 h divisés en 3 doses), permet de diminuer la sévérité des symptômes de la gingivostomatite.
- Les enfants atteints de conjonctivite herpétique doivent être évalués rapidement en ophtalmologie. Ceux atteints de panaris herpétique bénéficient d'un traitement systémique avec l'acyclovir.

▲ de soutien

- Pour la gingivostomatite, antipyrétiques et analgésiques, au besoin ; diète molle non irritante (le lait et les jus de fruits non citrins sont habituellement bien tolérés).
- Pour les récidives buccales, hygiène locale.

Particularités associées au service de garde

Les enfants fréquentant un service de garde peuvent présenter un taux plus élevé d'infection à herpès simplex de type 1. La primo-infection survient surtout avant l'âge de 5 ans.

L'enfant présentant une gingivostomatite herpétique est en général incapable de suivre les activités du service de garde.

Le personnel souffrant du « feu sauvage », surtout les membres qui travaillent avec les poupons, ne devrait pas être en contact avec ces enfants. La présence de lésions actives herpétiques (panaris) sur les mains d'un membre du personnel justifie qu'on le retire du milieu de travail.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune pour l'atteinte buccale.

Mesures à prendre

Enquête

On doit identifier les contacts.

Mesures de contrôle

- Sujet

  Primo-infection (*gingivostomatite*)

  – Permettre à l'enfant de réintégrer le service de garde dès que son état le lui permet (absence de fièvre et de difficulté à s'alimenter).

  – Si les lésions sont étendues, envisager l'exclusion jusqu'à ce que les lésions soient croûteuses (habituellement, quatre à cinq jours), surtout si l'enfant n'est pas en mesure de contrôler ses sécrétions (bave).

Récurrence (« *feu sauvage* »)

– Ne pas exclure le sujet.

Note sur l'herpès néonatal

– La plupart des infections néonatales sont attribuables au virus herpès simplex de type 2 et sont contractées à la naissance quand l'enfant passe par le tractus génital infecté. L'infection néonatale peut varier de quelques lésions vésiculaires sur la peau, la bouche ou l'œil à une maladie généralisée pouvant être fatale ou entraîner des dommages neurologiques importants, telle une encéphalite isolée pouvant ressembler à une méningite bactérienne. L'enfant présente souvent des lésions récurrentes.

– Couvrir les lésions pour diminuer le risque de transmission en raison de l'excrétion d'une plus grande quantité de virus.

- Contacts
  – Considérer comme contacts les enfants du même groupe.
  – Identifier ceux qui ont des lésions d'eczéma ou qui sont immunosupprimés.
  – Éviter les contacts directs avec les lésions des personnes atteintes.
  – Diriger les personnes atteintes vers le médecin ou le CLSC, au besoin, et remettre une lettre aux parents des contacts plus vulnérables.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène.

Tant qu'il persiste des lésions évidentes, faire en sorte que les objets que l'enfant porte à sa bouche ne soient pas partagés avec d'autres enfants (brosse à dents, ustensiles, jouets, etc.).

Suivi

Aucun.

Lettre aux parents

Objet : Herpès

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Votre enfant a été en contact au service de garde avec une personne ayant des lésions cutanées causées par l'herpès, lésions souvent appelées « feu sauvage ». Cette maladie virale contagieuse se transmet par contact avec la salive ou les lésions.

Chez l'enfant, l'infection peut se manifester par des lésions dans la bouche ou sur la peau accompagnées de fièvre, d'irritabilité et de difficultés à s'alimenter. La personne atteinte peut devenir déshydratée ou souffrir de complications si elle présente de l'eczéma ou est immunosupprimée.

Si votre enfant présente une des manifestations de la maladie, a de l'eczéma ou est immunosupprimé, consultez un médecin ou rendez-vous à votre CLSC (apportez cette lettre avec vous).

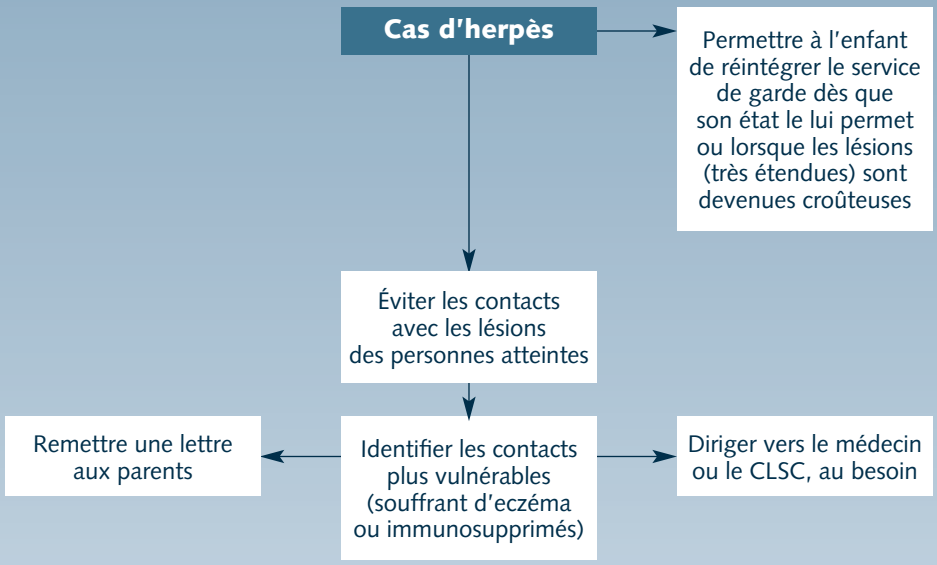
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas d'herpès
Permettre à l'enfant de réintégrer le service de garde dès que son état le lui permet ou lorsque les lésions (très étendues) sont devenues croûteuses
Éviter les contacts avec les lésions des personnes atteintes
Remettre une lettre aux parents
Identifier les contacts plus vulnérables (souffrant d'eczéma ou immunosupprimés)
Diriger vers le médecin ou le CLSC, au besoin

IMPÉTIGO

Information générale

Définition

L'impétigo consiste en une dermatose infectieuse causée par des bactéries Gram positives, le *Staphylococcus aureus* (staphylocoque doré) et le *Streptococcus pyogenes* (streptocoque bêta-hémolytique du groupe A).

Tableau clinique

L'impétigo présente des lésions papulo-vésiculaires purulentes et croûteuses rarement accompagnées de fièvre et de malaise général. Bien circonscrites, les lésions cutanées se retrouvent surtout au visage : menton, pourtour de la bouche, nez et derrière des oreilles. Elles peuvent également envahir le tronc, les fesses et les mains des enfants.

La guérison ne laisse généralement aucune cicatrice.

Complications

L'impétigo attribuable au *Streptococcus pyogenes* peut entraîner une scarlatine. Elle peut aussi entraîner une glomérulonéphrite post-streptococcique et un rhumatisme articulaire. (Cela demeure rare.)

L'impétigo peut également se compliquer d'une cellulite (streptocoque et staphylocoque).

Durée de la maladie

L'impétigo dure rarement plus de sept jours si la personne infectée est adéquatement traitée.

Mode de transmission

En général, l'impétigo se transmet par contact direct avec des lésions cutanées. Les bactéries responsables peuvent également être transmises par des gouttelettes provenant du nasopharynx d'une personne infectée ou par des objets contaminés.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'impétigo dure de un à dix jours ; elle peut être plus longue avec le staphylocoque.

Période de contagiosité

Avec un traitement topique, la période de contagiosité de l'impétigo dure jusqu'à ce que les lésions soient sèches. Avec un traitement systémique, elle dure rarement plus de 24 h (après le début du traitement), pour le streptocoque, plus de 48 h, pour le staphylocoque.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'impétigo.

Immunité

L'impétigo à streptocoque peut conférer une immunité spécifique pour le type en cause.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Examen clinique.
- La culture des lésions cutanées est souhaitable.

Traitement

▲ spécifique

- En présence de lésions peu étendues, les nouveaux antibiotiques topiques, comme le Bactroban[MD] (mupirocine à 2 %) ou le Fucidin[MD] (acide fusidique à 2 %), suppriment le *Staphylococcus aureus* et le *Streptococcus pyogenes* et sont aussi efficaces que les antibiotiques oraux.
- En présence de lésions multiples ou profondes chez un enfant fiévreux ou si l'infection touche plusieurs enfants du même service de garde, on recommande d'emblée l'antibiothérapie systémique, couvrant le staphylocoque et le streptocoque : cloxacilline, à raison de 50 à 100 mg/kg/24 h, *p. o.*, divisés en 3 ou 4 doses pour 10 jours, ou la céphalexine, 25 à 50 mg/kg/24 h, divisés en 3 doses pour 10 jours.
- Le goût de la suspension de cloxacilline rend son utilisation difficile en pédiatrie ; la céphalexine est donc recommandée.
- L'association du traitement systémique à un traitement topique diminue la durée de la maladie.

▲ de soutien

- Nettoyer la peau avec une eau savonneuse.
- S'assurer que l'enfant a les ongles courts et qu'il ne se gratte pas.
- Lorsque cela est possible, recouvrir les lésions avec un pansement.

Particularités associées au service de garde

L'impétigo se transmet rapidement en service de garde. La majorité des cas surviennent chez les enfants. Ceux qui ont des maladies sous-jacentes (diabète, déficit immunitaire) et ceux dont l'alimentation est déficiente sont plus à risques.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Étant donné le haut potentiel épidémique de l'infection, l'apparition de plusieurs cas doit être signalée à la Direction de la santé publique (DSP). S'il y a présence de cas avec complications non suppuratives (glomérulonéphrites), on doit aviser aussi la DSP.

On doit également identifier les contacts.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Exclure le sujet du service de garde au moins 24 heures après le début du traitement.
  - Si le sujet ne reçoit aucun traitement, l'exclure jusqu'à sa guérison.
  - S'il y a deux cas et plus d'impétigo dans le même service de garde, il faut maîtriser l'éclosion en diminuant la durée de la contagiosité par l'association du traitement systémique au traitement topique.
  - Le traitement par voie systémique est souvent le seul moyen de maîtriser l'éclosion en service de garde.
- Contacts
  - Considérer comme contacts toutes les personnes qui ont touché directement les lésions du sujet. Ce sont habituellement les enfants du même groupe. Remettre une lettre aux parents.
  - Surveiller l'apparition de lésions et diriger le sujet vers un médecin, s'il y a lieu.
  - En présence d'un cas de glomérulonéphrite aiguë, tous les contacts doivent être dépistés par culture de gorge (pour la recherche de streptocoque) ou des lésions cutanées et traités si la culture est positive (antibiothérapie systémique), qu'ils soient symptomatiques ou non.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, particulièrement le lavage des mains.

Suivi

Devant une situation incontrôlable, faire quelques prélèvements des lésions cutanées pour culture, afin de préciser l'étiologie et de traiter simultanément avec une antibiothérapie systémique tous les contacts, enfants et adultes, symptomatiques ou non.

Lettre aux parents

Objet : Impétigo

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a actuellement au service de garde une personne souffrant d'impétigo. L'impétigo est une maladie de la peau fréquente chez le jeune enfant. Elle se manifeste souvent par des lésions purulentes (liquide jaunâtre) recouvertes de croûtes au visage et autour de la bouche.

L'impétigo est causé par une bactérie parfois présente sur la peau saine ; cette bactérie ne cause des problèmes que lorsqu'il y a coupure, égratignure ou piqûre de moustiques.

En service de garde, dès qu'une personne est atteinte, le risque que les autres enfants attrapent la maladie augmente.

L'impétigo se traite par des antibiotiques. Pour éviter que la maladie ne se propage à tout le service de garde, il faut exclure l'enfant atteint jusqu'à au moins 24 heures après le début du traitement antibiotique et s'assurer que toute personne ayant touché des lésions se lave les mains à l'eau savonneuse après chaque contact.

Si vous remarquez la présence de lésions sur la peau de votre enfant, nous vous demandons de consulter votre médecin ou de vous rendre à votre CLSC.

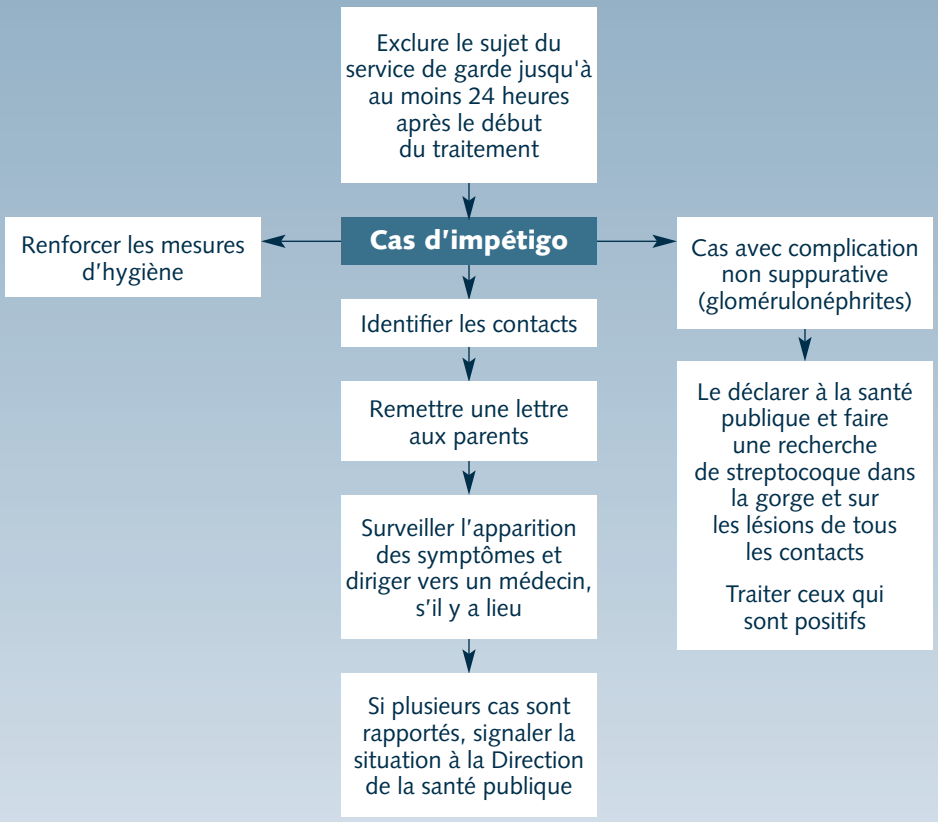
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Exclure le sujet du service de garde jusqu'à au moins 24 heures après le début du traitement
Renforcer les mesures d'hygiène
Cas d'impétigo
Cas avec complication non suppurative (glomérulonéphrites)
Identifier les contacts
Le déclarer à la santé publique et faire une recherche de streptocoque dans la gorge et sur les lésions de tous les contacts
Traiter ceux qui sont positifs
Remettre une lettre aux parents
Surveiller l'apparition des symptômes et diriger vers un médecin, s'il y a lieu
Si plusieurs cas sont rapportés, signaler la situation à la Direction de la santé publique

Information générale

Définition

L'influenza consiste en une infection virale aiguë saisonnière très contagieuse, qui peut être prévenue par la vaccination. La maladie est causée par le virus grippal (myxovirus influenza) de types A, B ou C. Les virus de type A sont les plus virulents. Des variations antigéniques importantes peuvent engendrer des épidémies ou des pandémies. Son incidence chez les enfants est considérable (10 à 40 %), dont 1 % sont hospitalisés.

Tableau clinique

Les manifestations de l'influenza sont les suivantes :

- présence de fièvre supérieure ou égale à 39° C s'accompagnant de toux ou de mal de gorge, de myalgies, de fatigue ou de prostration ;
- manifestations gastro-intestinales (vomissements, douleurs abdominales, diarrhée) fréquentes, surtout chez les enfants atteints par le virus influenza de type A ;
- myosite aiguë, surtout avec le type B.

Complications

L'influenza peut entraîner plusieurs complications :

- surinfection bactérienne des voies respiratoires (souvent pendant la période de convalescence) ;
- otite moyenne, sinusite, trachéite, bronchite, laryngite striduleuse et dyspnée (cette dernière complication se manifeste plus fréquemment chez les enfants) ;
- rarement, pneumonie virale ou pneumonie bactérienne secondaire, syndrome de Reye (plus fréquent chez les enfants infectés par le type B).

L'influenza peut aussi provoquer des complications broncho-pulmonaires, chez les adultes ou les enfants souffrant de maladies cardiaque et respiratoire chroniques, incluant la dysplasie broncho-pulmonaire, la fibrose kystique et l'asthme, de maladies rénales chroniques, de diabète sucré, de splénectomie, d'anémie falciforme et d'autres hémoglobulinopathies et immunopathies.

Durée de la maladie

L'influenza dure de deux à sept jours.

Mode de transmission

L'influenza se transmet de trois façons différentes :

- à partir des gouttelettes projetées dans l'air lorsqu'une personne tousse ou éternue ;
- à partir d'objets contaminés par les sécrétions du nez ou de la gorge d'une personne infectée ;
- par auto-inoculation au moyen de mains contaminées.

Le virus peut survivre cinq minutes sur la peau, quelques heures dans les sécrétions séchées et jusqu'à 48 heures sur des objets inanimés.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'influenza dure de un à trois jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'influenza dure de 24 heures avant le début des symptômes jusqu'à cinq jours après. La contagion persiste jusqu'à sept jours chez les jeunes enfants.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter le virus de la grippe. Celui-ci subit des variations antigéniques d'une année à l'autre. Tout nouveau sous-type peut causer une infection chez une personne ayant déjà eu des infections avec d'autres sous-types.

Immunité

Le virus de la grippe ne confère une immunité que pour la souche en circulation. La protection conférée par le vaccin se situe entre 60 et 90 % et ne s'exerce que sur les souches apparentées à celles contenues dans le vaccin.

Le vaccin doit être administré annuellement aux personnes à risque. Fabriqué sur des œufs, ce vaccin est contre-indiqué pour les personnes souffrant d'allergie de type anaphylactique aux œufs.

Présentement, le vaccin utilisé est à virion fragmenté. Le vaccin n'est pas recommandé aux enfants âgés de moins de 6 mois. Pour les enfants présentant des otites à répétition, le vaccin diminuerait le nombre d'épisodes d'otite pendant la saison grippale.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Tableau clinique.

▲ **exceptionnelles**

- Culture pharyngée sur milieu de transport spécial (Hanks) pour recherche virale.
- Sérologie.
- EIA ou IFA sur les aspirations nasopharyngées.

Traitement

▲ **spécifique**

- Pour les personnes à risque élevé, le chlorhydrate d'amantadine peut être envisagé en prophylaxie ou comme traitement lorsqu'il s'agit d'infections causées par les souches de type A. L'amantadine (5 mg/kg/24 h aux 12 h, si plus de 40 kg, 100 mg aux 12 h) diminue la sévérité des symptômes et écourte la maladie si l'administration est amorcée dans un délai de 48 heures après le début des symptômes.
- L'amantadine est contre-indiquée pour les enfants de moins d'un an, pour les personnes qui souffrent d'insuffisance rénale ou de convulsion et pour les femmes enceintes.
- L'amantadine est inefficace contre le virus de la grippe de type B.
- L'utilité du zanamivir en inhalation et du oseltamivir par voie orale pour prévenir l'influenza n'a pas encore été établie.

▲ **de soutien**

- Remplacement hydroélectrolytique, aération de la pièce et humidification de l'air ambiant.
- Repos. Pour traiter la fièvre, il est préférable d'utiliser l'acétaminophène au lieu de l'acide acétylsalicylique (AAS), à cause de l'association entre l'Aspirine[MD], la grippe et le syndrome de Reye.
- Si le nez est bouché, éclaircir les sécrétions nasales avec du soluté physiologique (Salinex[MD]) ou de l'eau salée.

Particularités associées au service de garde

Les enfants sont plus susceptibles de contracter des infections des voies respiratoires supérieures dont la grippe. Les moins de 3 mois supportent mal la congestion nasale.

Particularités associées à la femme enceinte

Le vaccin contre la grippe devrait être administré à la femme enceinte lorsqu'il y a indication (groupe à risque, voir le protocole d'immunisation du Québec en vigueur). Certaines autorités recommandent la vaccination pour les femmes enceintes ayant atteint leur 2e ou 3e trimestre de grossesse pendant la saison d'influenza.

Mesures à prendre

Enquête

On doit identifier les contacts.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure l'enfant, sauf s'il ne peut suivre les activités habituelles.
  - Envisager l'utilisation de l'amantadine si le sujet appartient à un groupe à risque et si la souche circulante est de type A.
- Contacts
  - Remettre une lettre explicative à tous les parents.
  - Considérer comme contacts tous les enfants et les adultes du service de garde.
  - Identifier ceux qui présentent un risque plus élevé de complications. Vérifier leur situation vaccinale et diriger ceux qui ne sont pas vaccinés vers un médecin pour évaluer l'utilité de la prophylaxie à l'amantadine. Offrir le vaccin par la suite. L'amantadine pourra être cessée deux semaines après la vaccination.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène.

Apprendre à l'enfant à se couvrir la bouche lorsqu'il tousse ou éternue.

Note
Voir le chapitre VI « Le mouchage, l'éternuement et la toux ».

Apprendre aux enfants en âge de se moucher à se servir d'un mouchoir en papier.

Bien aérer les pièces.

Suivi

S'assurer que les parents des enfants plus vulnérables sont informés de la nécessité de se faire vacciner et de faire vacciner leurs enfants annuellement contre la grippe.

Lettre aux parents

Objet : Influenza (Grippe)

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a actuellement au service de garde plusieurs personnes souffrant d'influenza, appelée aussi « grippe ».

La maladie se manifeste par de la fièvre, des frissons, des maux de tête, des douleurs musculaires, de la fatigue, des maux de gorge, de l'écoulement nasal et de la toux.

L'influenza est une maladie très contagieuse qui peut s'avérer grave pour certaines personnes ayant déjà des problèmes cardiaques ou pulmonaires et, particulièrement, pour les immunosupprimés.

Pour ces enfants, nous vous suggérons de prendre contact avec votre médecin ou votre CLSC, afin de discuter d'un traitement préventif à l'amantadine et de la vaccination annuelle. Apportez cette lettre avec vous.

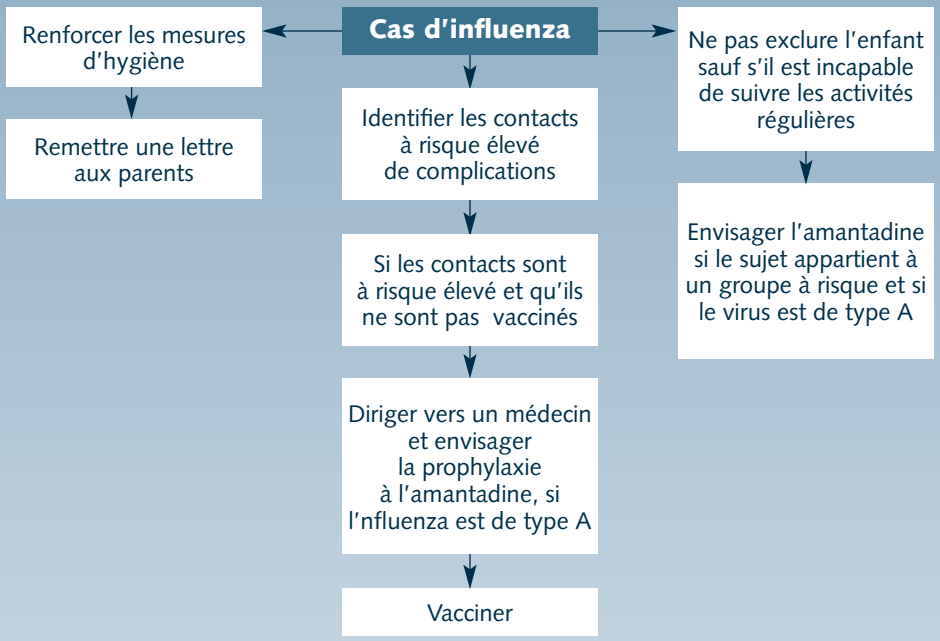
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas d'influenza
Renforcer les mesures d'hygiène
Remettre une lettre aux parents
Identifier les contacts à risque élevé de complications
Si les contacts sont à risque élevé et qu'ils ne sont pas vaccinés
Diriger vers un médecin et envisager la prophylaxie à l'amantadine, si l'nfluenza est de type A
Vacciner
Ne pas exclure l'enfant sauf s'il est incapable de suivre les activités régulières
Envisager l'amantadine si le sujet appartient à un groupe à risque et si le virus est de type A

Information générale

Définition

On entend par intoxication alimentaire tout syndrome provoqué par l'ingestion d'aliments contaminés par des micro-organismes, des toxines bactériennes ou un produit chimique. Ce syndrome survient lorsque les mesures d'hygiène alimentaire ne sont pas respectées et que les aliments sont conservés ou transportés à des températures inadéquates.

On se limitera dans ce chapitre aux intoxications d'origine infectieuse.

Tableau clinique

Les symptômes de l'intoxication alimentaire varient selon l'agent causal. Ils peuvent aller d'un léger malaise jusqu'à des réactions graves pouvant entraîner la mort.

Complications

L'intoxication alimentaire entraîne des complications qui varient selon l'agent causal.

Durée de la maladie

La durée de la maladie varie selon l'agent causal.

Mode de transmission

L'intoxication alimentaire se contracte par ingestion d'aliments contaminés.

Période d'incubation

La période d'incubation varie selon l'agent causal.

Période de contagiosité

La période de contagiosité varie selon l'agent causal.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible d'attraper une infection alimentaire.

Immunité

Attraper une infection alimentaire ne confère aucune immunité.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Tableau clinique.

▲ **exceptionnelles**

- Recherche de l'agent causal dans les aliments suspects, les selles ou les vomissements.

Traitement

▲ **spécifique**

- Selon l'agent causal.

▲ **de soutien**

- Réhydratation et correction du déséquilibre électrolytique.

Particularités associées au service de garde

L'intoxication alimentaire est une problème relativement rare en service de garde. La plupart du temps, l'intoxication est attribuable à un aliment consommé ou préparé à l'extérieur du service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Selon l'agent causal identifié (voir la section correspondante).

Mesures à prendre

Enquête

Une enquête est requise s'il y a présence de manifestations cliniques similaires pour deux cas ou plus et s'il existe un lien épidémiologique entre le fait d'être malade et la consommation d'aliments ou d'eau commune. Une visite sur place est souhaitable.

On doit :

- relever les manifestations cliniques prédominantes ;
- noter les renseignements élémentaires et insister sur la nécessité de conserver ou de récupérer les aliments suspects afin d'obtenir des spécimens aux fins d'analyse ;
- garder au froid dans des contenants tous les aliments du repas suspect (ne pas les congeler) ;
- aviser de cesser la consommation des aliments suspects ;
- déclarer le cas à la Direction de la santé publique dans les plus brefs délais, car le succès de l'enquête dépend de la rapidité avec laquelle le cas est rapporté et pris en charge. (La Direction avisera à son tour le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) ou les services municipaux d'inspection des aliments, afin qu'ils inspectent les locaux et l'équipement et qu'ils fassent des prélèvements d'échantillons d'aliments suspects.) ;

- préparer ou adapter un questionnaire d'enquête selon la situation ;
- remettre une lettre aux parents et annexer le questionnaire d'enquête, s'il y a lieu ;
- faire remplir le questionnaire par toutes les personnes présentes au repas suspect (contacts) ;
- prendre des ententes avec le laboratoire pour établir les modalités si on envisage de faire des analyses de selles.

Mesures de contrôle

- Sujet

  Exclure le sujet :

  – s'il est trop malade pour suivre les activités du service de garde ;
  – si la fréquence des selles est anormalement élevée ;
  – si la diarrhée est accompagnée de deux vomissements ou plus au cours des dernières 24 heures ;
  – si l'enfant est fébrile ;
  – s'il y a présence de mucus ou de sang dans les selles (culture de selles recommandée) ;
  – si les selles ne peuvent être contenues par la couche.

  Si un agent spécifique a été identifié, voir la section correspondante. Si non, l'enfant peut réintégrer le service de garde dès que sont état de santé le lui permet.

- Contacts
  – Considérer comme contacts toutes les personnes qui étaient présentes au repas suspect. Remettre une lettre aux parents.
  – Si la personne est symptomatique, l'exclure selon les mêmes critères que ceux du sujet.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, et réviser la technique de changement de couches.

Apporter les correctifs nécessaires si les techniques de manipulation, de conservation et d'entreposage des aliments ne sont pas conformes.

Suivi

Communiquer les résultats de l'enquête aux responsables du service de garde pour que les correctifs nécessaires soient apportés, afin de prévenir des problèmes ultérieurs.

Lettre aux parents

Objet : Intoxication alimentaire

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a présentement, au service de garde, plusieurs enfants qui ont présenté des symptômes de diarrhée ou de vomissements pouvant être liés à une intoxication alimentaire. Une enquête est en cours afin d'en connaître les causes.

Si votre enfant présente des vomissements ou des selles diarrhéiques, avisez le service de garde et consultez votre médecin ou votre CLSC, si son état vous inquiète. Apportez cette lettre avec vous.

❑ Nous désirons prélever des échantillons de selles, veuillez s'il vous plaît utiliser les contenants qui vous ont été remis. Conservez-les au réfrigérateur en attendant de les retourner à :

_____

Nous vous aviserons des résultats dans les plus brefs sélais.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Lettre aux parents (avec envoi du questionnaire)

Objet : Intoxication alimentaire

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a présentement au service de garde plusieurs enfants qui ont présenté des symptômes de diarrhée ou de vomissements pouvant être liés à une intoxication alimentaire.

Nous menons présentement une enquête au service de garde et nous avons besoin de votre collaboration pour trouver la cause de cette intoxication. Auriez-vous l'obligeance de remplir le questionnaire ci-joint et de le remettre à :

_____

Merci de votre collaboration.

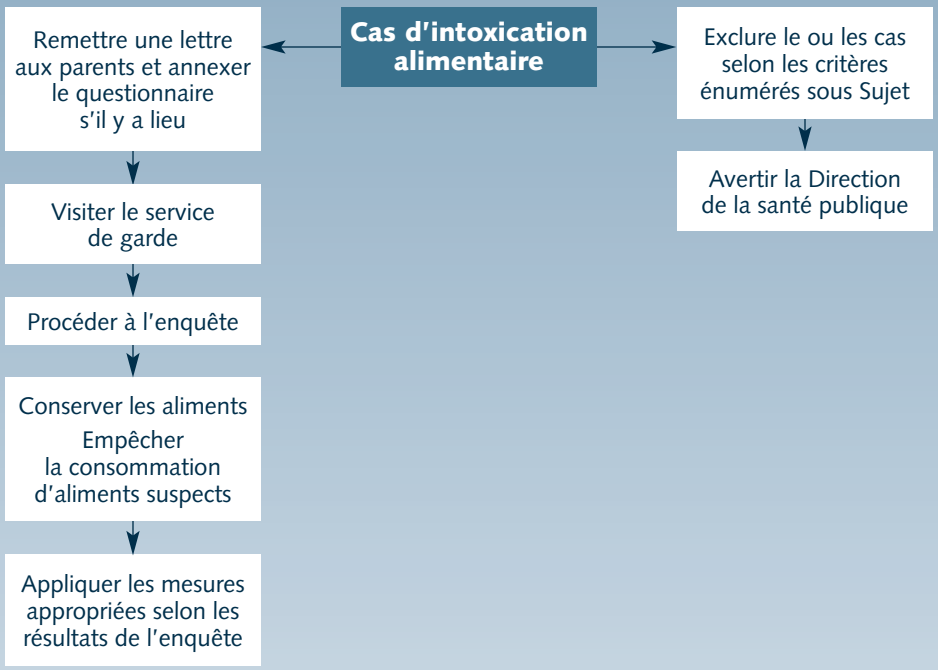
Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

p. j. : Questionnaire d'enquête

Arbre décisionnel


Cas d'intoxication alimentaire
Remettre une lettre aux parents et annexer le questionnaire s'il y a lieu
Visiter le service de garde
Procéder à l'enquête
Conserver les aliments
Empêcher la consommation d'aliments suspects
Appliquer les mesures appropriées selon les résultats de l'enquête
Exclure le ou les cas selon les critères énumérés sous Sujet
Avertir la Direction de la santé publique

Information générale

Définition

La laryngite striduleuse est le plus souvent d'origine virale : virus parainfluenza, influenza, adénovirus et virus respiratoire syncytial. Elle peut aussi être d'origine bactérienne avec, par exemple, le *Mycoplasma pneumoniae*, les streptocoques du groupe A et le *Streptococcus pneumoniae*. Quelques autres laryngotrachéites particulièrement graves sont causées par le *Staphylococcus aureus*.

La laryngite survient en épidémie, aux changements de saison ; elle prédomine dans les pays au climat froid et humide.

Tableau clinique

La laryngite se manifeste par une toux aboyante, une voix rauque, un stridor ou un tirage inspiratoire avec ou sans fièvre. Les manifestations sont causées par une obstruction respiratoire haute modérée à sévère.

Les symptômes peuvent se manifester d'emblée ou faire suite à une IVRS (rhinorrhée, toux, mal de gorge).

La symptomatologie fluctue au cours de la journée, pouvant se détériorer ou s'améliorer rapidement.

L'enfant qui a déjà fait une laryngite striduleuse en bas âge est prédisposé à faire un autre épisode semblable lors d'une réinfection.

Complications

La laryngite striduleuse peut entraîner les complications suivantes :

- hypoxémie ;
- insuffisance respiratoire ;
- œdème pulmonaire transitoire ;
- pneumonie.

La maladie est plus sévère et l'excrétion du virus est prolongé chez les immunosupprimés.

Durée de la maladie

La laryngite striduleuse dure en général de trois à quatre jours.

Mode de transmission

La laryngite striduleuse se transmet par contact avec les sécrétions du nez et de la gorge ou par inhalation de gouttelettes contaminées provenant du tractus respiratoire de la personne infectée.

Période d'incubation

La période d'incubation de la laryngite striduleuse varie de un à dix jours selon l'agent en cause.

Période de contagiosité

La période de contagiosité varie selon l'agent en cause ; la contagion peut aller jusqu'à deux ou trois semaines.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une laryngite striduleuse. La fréquence de la laryngite est plus élevée jusqu'à l'âge de 2 ans. Les enfants âgés de 2 ans et moins risquent d'avoir une symptomatoloque plus sévère. La laryngite s'observe plus fréquemment chez les garçons.

Immunité

La laryngite striduleuse peut conférer une immunité spécifique pour le sérotype en cause, mais plusieurs sérotypes d'un virus et plusieurs virus distincts peuvent causer cette maladie.

Aucun vaccin n'est disponible (sauf pour l'influenza).

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Histoire et examen clinique ; radiographie des tissus mous du cou.

▲ exceptionnelles

- Laryngoscopie pour distinguer de l'épiglottite.

Traitement

▲ spécifique

- Origine virale : aucun.
- Origine bactérienne (soupçonnée) : antibiotiques IV, en milieu hospitalier.

▲ de soutien

Laryngite légère (pas de tirage au repos ni de stridor)

- Humidité froide ou au froid de l'extérieur.

Laryngite modérée à sévère

- Selon la gravité : oxygène humidifié, aérosolthérapie (épinéphrine), dexaméthasone, intubation nasotrachéale, etc.

Particularités associées au service de garde

Comme toutes les autres infections respiratoires, la laryngite striduleuse est probablement associée à la fréquentation du service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure l'enfant si son état de santé lui permet de participer aux activités du service de garde.
- Contacts
  - Aucune intervention.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène.

Aérer les locaux des services de garde et les maintenir à une température constante d'au moins 20 °C.

Note
S'ils sont situés dans un sous-sol, le taux d'humidité relative ne doit pas dépasser 50 % en toutes saisons.

Suivi

Aucun.

LISTERIOSE ENVAHISSANTE

En cas d'agrégat

Information générale

Définition

La listeriose envahissante est une infection bactérienne rare causée par *Listeria monocytogenes.* Sa létalité est élevée (20 à 40 %). Cette bactérie a été isolée dans le sol, la poussière, l'eau et les aliments.

Tableau clinique

Les symptômes de la listeriose sont variables. Ceux de la forme bénigne ressemblent à ceux d'une grippe ou d'une gastro-entérite. Ceux de la forme envahissante sont retrouvés plus fréquemment chez le nouveau-né, les personnes âgées et les immunosupprimés sont associés à une bactériémie ou à une méningo-encéphalite.

Complications

La listeriose peut entraîner un avortement ou une prématurité. La forme envahissante peut conduire au décès de la personne atteinte.

Durée de la maladie

La listeriose envahissante peut durer plusieurs mois.

Modes de transmission

La listeriose envahissante se transmet de quatre façons différentes :

- par ingestion d'aliments contaminés (ex : lait cru, fromages à pâtes molles et de style mexicain, féta, charcuterie, légumes) ;
- par voie transplacentaire (« *in utero* ») ;
- par le passage à travers un tractus vaginal infecté (lors de l'accouchement) ;
- par contact avec des sols, des surfaces, des objets contaminés ou un animal infecté.

Période d'incubation

La période d'incubation de la listeriose envahissante dure entre 3 et 70 jours ; en moyenne, elle dure 21 jours.

Période de contagiosité

Les micro-organismes impliqués dans la listeriose envahissante demeurent présents dans les selles pendant plusieurs mois. L'état de porteur asymptomatique peut atteindre 10 % chez les humains.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la listeriose.

Immunité

On n'a pas démontré que la listeriose conférait une immunité.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Recherche de micro-organismes à partir de sites stériles (le plus souvent le sang, le LCR et, plus rarement, les liquides pleural, péricardique ou articulaire).

▲ **exceptionnelles**

- Aucune.

Traitement

▲ **spécifique**

- administrer de la pénicilline ou de l'ampicilline seule ou combinée avec une aminoglycoside. Aux personnes allergiques à la pénicilline, donner du TMP-SMX ou de l'érythromycine.

▲ **de soutien**

- Hydrater, procéder à une surveillance neurologique et électrolytique.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

La femme enceinte devrait éviter de consommer des aliments susceptibles d'être contaminés par le listeria monocytogenes..

Mesures à prendre

Enquête

Lors de l'enquête, on doit :

- prendre contact avec le service de garde dès la confirmation d'un ou de plusieurs cas ;
- vérifier la présence d'une source de contamination ;
- détecter les éclosions et mettre rapidement en place les mesures de contrôle ;
- investiguer, s'il y a éclosion.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - s'il présente des symptômes, lui donner le traitement spécifique ; ne pas exclure le sujet.
- Contacts
  - Rechercher les cas symptomatiques.

Environnement

Éviter la consommation d'aliments susceptibles de contenir le micro-organisme.

Toujours consommer des produits pasteurisés.

Laver les légumes.

Utiliser des ustensiles différents lorsqu'on manipule en même temps des aliments cuits et crus.

Renforcer les mesures d'hygiène dont le lavage des mains.

Suivi

Surveiller l'apparition de nouveaux cas.

(seulement si elle est causée par un entérovirus)

Information générale

Définition

Les méningites sont causées par une très grande variété d'agents infectieux non identifiés dans plus de 50 % des cas. Les agents les plus souvent rencontrés sont les échovirus, les virus coxsackie du groupe A et B et les virus herpès simplex. Les méningites peuvent aussi être causées par le virus de la poliomyélite, de la rougeole, de la varicelle, de la mononucléose et des oreillons. Les infections surviennent surtout l'été et l'automne.

Nous ne traiterons ici que des infections causées par les entérovirus (coxsackie, echovirus); pour les autres, on devra consulter la section correspondant à l'agent causal.

Tableau clinique

Les méningites virales sont des maladies fréquentes, rarement fatales, qui débutent de façon soudaine par de la température, des signes et des symptômes méningés.

Selon l'agent en cause, il peut y avoir des symptômes respiratoires ou gastro-intestinaux, une éruption cutanée, des vésicules et des pétéchies.

L'état général est moins atteint et les symptômes sont souvent moins intenses dans le cas des méningites virales que dans celui des méningites bactériennes.

Complications

Le développement des enfants qui ont fait une méningite virale durant les premiers mois de leur vie, risque davantage d'avoir un retard. On guérit habituellement de cette maladie en quelques jours, sans séquelle. Il peut y avoir des manifestations transitoires, telles que: la parésie, l'encéphalite, de la faiblesse, des spasmes musculaires, de l'insomnie et un changement de comportement.

Durée de la maladie

La méningite virale dure rarement plus de dix jours.

Modes de transmission

La méningite virale se transmet par voie fécale-orale et, possiblement, par voie respiratoire.

MÉNINGITE VIRALE

Période d'incubation

La période d'incubation de la méningite virale dure de trois à six jours.

Période de contagiosité

L'excrétion du virus de la méningite dans les selles persiste plusieurs semaines après le début de la maladie.

Réceptivité

Généralement, les jeunes enfants sont plus susceptibles de contracter une méningite virale.

Immunité

La méningite virale confère une immunité spécifique au type de virus en cause.

Il n'y a pas de vaccin disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Examen clinique.
- Culture virale du LCR.

▲ exceptionnelles

- Recherche du virus dans les selles, les sécrétions pharyngées et l'urine.
- PCR pour entérovirus.

Traitement

▲ spécifique

- Aucun.

▲ de soutien

- Selon le degré de l'atteinte.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Rarement, une virémie chez la mère en fin de grossesse peut causer une maladie sévère chez le nouveau-né.

Mesures à prendre

Enquête

Si un agent spécifique est identifié, voir la section correspondante.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Peut réintégrer le service de garde dès que son état de santé le lui permet.
- Contacts
  - Remettre une lettre aux parents.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, en particulier le lavage des mains.

Désinfecter les surfaces et les jouets avec de l'eau de Javel diluée 1:10.

Suivi

S'assurer que la ventilation est adéquate.

Lettre aux parents

Objet : Méningite virale

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Votre enfant a été en contact au service de garde avec une personne souffrant d'une méningite virale.

Cette maladie peut se manifester par une élévation de la température, une raideur de la nuque, des vomissements, de l'irritabilité. La maladie est en général bénigne et on en guérit sans complications après quelques jours.

Le virus est présent dans les selles de la personne malade, et il peut contaminer l'environnement, les mains et les jouets, d'où l'importance de bien se laver les mains lorsque l'on change la couche de l'enfant ou qu'on l'accompagne aux toilettes.

Il n'y a pas de traitement spécifique.

Si, dans les prochains jours, votre enfant présentait des symptômes qui ressemblent à ceux qui ont été décrits, consultez votre médecin ou rendez-vous à votre CLSC (apportez cette lettre avec vous). Votre enfant pourra retourner au service de garde dès que son état de santé le lui permettra.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Information générale

Définition

Le molluscum contagiosum est une infection cutanée bénigne causée par un virus du groupe des poxvirus.

Tableau clinique

Le molluscum contagiosum se manifeste par des papules ombiliquées de 2 à 10 mm de diamètre, allant du rose perlé au blanc. Les lésions sont généralement asymptomatiques.

Chez les enfants, les lésions se localisent au visage, au tronc et aux membres supérieurs. Souvent, on observe une eczématisation de la peau autour des lésions.

Chez les adultes, les lésions se localisent plus souvent aux organes génitaux.

Complications

En général, les lésions provoquées par le molluscum contagiosum guérissent sans laisser de cicatrices. La surinfection est peu fréquente en raison de l'absence de prurit.

Durée de la maladie

Si elles ne sont pas traitées, les lésions causées par le molluscum contagiosum disparaissent spontanément entre 6 mois et 5 ans (en moyenne, 8 mois).

Mode de transmission

Le molluscum contagiosum se transmet par contact de personne à personne et, moins fréquemment, par contact avec des objets contaminés. L'auto-inoculation est fréquente.

Période d'incubation

La période d'incubation du molluscum contagiosum dure en général de 2 à 7 semaines.

Période de contagiosité

La période de contagiosité est inconnue. Elle dure probablement tant que les lésions persistent.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter le molluscum contagiosum.

Immunité

Le molluscum contagiosum ne confère aucune immunité.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Examen clinique.

▲ **exceptionnelles**

- Coloration de Giemsa du matériel des lésions montrant des inclusions caractéristiques dans les grandes cellules ; identification du virus dans les lésions par microscopie électronique.

Traitement

▲ **spécifique**

- Dans la majorité des cas, la maladie guérit seule. Toutefois, pour des raisons esthétiques et de confort, pour prévenir la propagation et l'autoinoculation et pour diminuer la durée de la maladie, on peut opter pour les traitements suivants :
- Curetage sous anesthésie locale, cryothérapie, application topique d'agents kératolytiques.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure le sujet.
  - Si possible, couvrir les lésions qui sont exposées.
- Contacts
  - Éviter le contact avec les lésions.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène.

Suivi

Aucun.

Information générale

Définition

La mononucléose infectieuse est une maladie causée par le virus Epstein-Barr. L'incidence la plus élevée est entre l'âge de 14 et 16 ans pour les filles, entre l'âge de 16 et 18 ans, pour les garçons.

Tableau clinique

Les manifestations de la mononucléose sont variées, allant de l'absence de symptômes (surtout chez les enfants) au décès (rare). La présentation typique est la suivante : fièvre, fatigue importante, pharyngite exsudative, lymphadénopathie, hépatosplénomégalie et lymphocytose atypique dans le sang. La mononucléose peut également se manifester par un rash, surtout chez les personnes traitées à l'ampicilline.

Les autres symptômes sont les suivants : céphalées, malaise général, anorexie, myalgies, nausées.

Complications

La mononucléose infectieuse peut entraîner les complications suivantes :

- obstruction respiratoire ;
- complications neurologiques telles que la méningite aseptique, l'encéphalite et le syndrome de Guillain-Barré ;
- rupture splénique, thrombocytopénie, agranulocytose, anémie hémolytique, atteinte cardiaque.

Durée de la maladie

La durée de la mononucléose infectieuse est variable. Habituellement, on en guérit en une ou deux semaines. La prostration associée à l'infection se résorbe plus lentement.

Mode de transmission

La mononucléose infectieuse se transmet de trois façons différentes :

- par contact intime avec la salive d'une personne infectée ;
- par contact avec des objets contaminés par de la salive ;
- par transfusion sanguine (exceptionnel).

Période d'incubation

La période d'incubation dure de quatre à sept semaines.

MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE

Période de contagiosité

L'excrétion pharyngée peut persister un an et plus après une mononucléose infectieuse. De 10 à 20 % des adultes en bonne santé excrètent le virus dans leur salive.

Note
Cette maladie est peu contagieuse.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une mononucléose infectieuse.

Immunité

La mononucléose infectieuse confère une immunité permanente.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Tableau clinique, formule sanguine (lymphocytose atypique) et monotest (présence d'anticorps hétérophiles).

▲ exceptionnelles

- Sérologie spécifique (anticorps anti-Epstein-Barr).

Traitement

▲ spécifique

- Aucun.

▲ de soutien

- Antipyrétiques, repos, diète légère.
- Hospitalisation et corticostéroïdes en cas de complications graves.
- S'il y a splénomégalie, éviter les sports de contact ou violents tant que la rate est hypertrophiée.

Particularités associées au service de garde

La mononucléose infectieuse passe souvent inaperçue chez les enfants d'âge préscolaire.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure l'enfant si son état de santé lui permet de participer aux activités du service de garde. Respecter strictement les mesures d'hygiène en ce qui concerne les sécrétions oropharyngées.
- Contacts
  - Remettre une lettre aux parents.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, surtout le lavage des mains.

Suivi

Aucun.

Lettre aux parents

Objet : Mononucléose

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Votre enfant a été en contact, en service de garde, avec une personne souffrant d'une mononucléose.

Cette maladie habituellement bénigne se manifeste par de la fièvre, une fatigue importante, une perte d'appétit et des ganglions enflés (bosses) au niveau du cou et des aisselles. Cependant, souvent les jeunes enfants ne présentent aucun symptôme.

Si, dans les prochains jours, votre enfant manifestait des symptômes ressemblant à ceux décrits ci-dessus, consultez votre médecin ou rendez-vous à votre CLSC (apportez cette lettre avec vous). Votre enfant pourra retourner au service de garde dès que son état de santé le lui permettra.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Information générale

Définition

Neisseria meningitidis ou méningocoque est responsable d'infections graves à manifestations cliniques variées. Il existe plusieurs sérogroupes dont les suivants : A, B, C, Y et W135.

Au Canada, environ 50 % des cas sont causés par le sérogroupe B. Depuis le début des années 1990, on observe une recrudescence du groupe C avec des poussées épidémiques dans certaines régions, dont le Québec en 2001.

Tableau clinique

▲ Infection envahissante

L'infection envahissante à *Neisseria meningitidis* se traduit par une méningite et une méningococcémie, parfois avec choc septique. La méningite se manifeste brusquement par une forte fièvre, des maux de tête importants, une raideur de la nuque, des myalgies, des nausées et des vomissements. Dans certains cas, on peut observer une éruption très caractéristique, soit des pétéchies surtout aux extrémités et sur le thorax. Dans les cas fulminants, l'infection progresse très rapidement et la mort peut survenir dans les 12 à 24 heures suivant l'apparition du premier symptôme. Le pronostic varie beaucoup en fonction de la virulence de la souche.

▲ Infection locale du nasopharynx

Cette infection présente aucun symptôme ou une symptomatologie locale. La prévalence des porteurs peut varier de 3 à plus de 25 %. Cet état de porteur peut exister en l'absence d'infection envahissante.

Complications

Les complications liées à l'infection à *Neisseria meningitidis* sont attribuables aux infections envahissantes.

Les complications précoces sont les suivantes : péricardite, myocardite, arthrite septique, coma, coagulation intravasculaire disséminée, gangrène des extrémités et décès.

Les complications tardives sont les suivantes : déficit neurologique, surdité et paralysie cérébrale.

Durée de la maladie

La durée de l'infection à *Neisseria meningitidis* est variable.

Mode de transmission

L'infection à *Neisseria meningitidis* se transmet de deux façons différentes :

- par contact avec les sécrétions buccales d'une personne malade (par un baiser, un échange de jouet, de boisson ou d'aliment) ;
- par inhalation de gouttelettes contaminées provenant des sécrétions du nez et de la gorge d'une personne infectée, symptomatique ou non.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'infection envahissante à *Neisseria meningitidis* dure de un à dix jours et, plus communément, quatre jours. Les cas secondaires surviennent habituellement à l'intérieur de dix jours après l'apparition du premier cas.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'infection envahissante à *Neisseria meningitidis* dure probablement aussi longtemps que le micro-organisme est présent dans les sécrétions rhinopharyngées.

Après un contact, le risque de faire la maladie augmente en fonction de la fréquence et de l'intimité du contact. Ce risque est élevé les premières 24 heures après l'apparition du premier cas et diminue avec le temps. Il est d'autant plus élevé lorsque les contacts sont jeunes.

Le traitement parentéral n'élimine pas toujours l'état de porteur, sauf lorsque celui-ci est traité avec de la ceftriaxone ou de la céfotaxime.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'infection envahissante à *Neisseria meningitidis*. Cette maladie atteint surtout les enfants de moins de 5 ans (le taux d'attaque maximale survient chez les moins de 1 an) et, à un moindre degré, les adolescents. Cependant, depuis l'augmentation des infections au sérogroupe C, une grande proportion des cas sont âgés de plus de 5 ans. Les enfants asplèniques souffrant d'une déficience du complément sont particulièrement susceptibles à une infection envahissante ou à une forme récurrente.

Immunité

L'infection envahissante à *Neisseria meningitidis* confère une immunité de durée inconnue, spécifique au type en cause. Il n'existe pas de protection croisée.

Les vaccins offerts sur le marché couvrent les groupes suivants : A, C, Y et W135. Il n'y a pas encore de vaccin contre le groupe B, qui demeure toujours le sérogroupe prédominant.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Tableau clinique.
- Coloration de Gram et culture du LCR et du sang.

▲ **exceptionnelles**

- Prélèvement cutané des pétéchies.
- Détection du Neisseria meningitidis par PCR sur le LCR ou le sang.

Traitement

▲ **spécifique**

- La pénicilline administrée par voie parentérale constitue l'antibiotique de choix. La ceftriaxone, la cefotaxime ou le chloramphénicol sont des choix valables. Ce dernier sera utilisé en cas d'allergie de type anaphylactique à la pénicilline.
- Une antibiothérapie à la pénicilline, à l'ampicilline ou au chloramphénicol se révèle peu efficace pour éradiquer l'état de porteur. On recommande d'administrer au sujet un traitement complémentaire à la rifampicine avant sa sortie de l'hôpital, à moins qu'il n'ait été traité par la ceftriaxone ou la cefotaxime. Cela permet de diminuer l'incidence des cas secondaires parmi les contacts et de prévenir une maladie récurrente chez le sujet.

▲ **de soutien**

- support hydrique, intubation, traitement du choc, etc.

Particularités associées au service de garde

On estime que le taux d'attaque secondaire de l'infection envahissante à *Neisseria meningitidis* à partir d'un cas sporadique est de 300 à 400 fois plus élevé pour les contacts familiaux non traités et pour les contacts en service de garde que pour la population en général.

Particularités associées à la femme enceinte

On vaccinera une femme enceinte ou qui allaite si elle a été en contact étroit avec un cas souffrant d'infection envahissante à *Neisseria meningitidis*. Pour la chimioprophylaxie, il ne faut pas administrer de rifampicine mais utiliser la ceftriaxone.

Mesures à prendre

Enquête

Lors de l'enquête, on doit :

- déclarer le cas à la Direction de la santé publique dans les plus brefs délais, afin de valider le diagnostic et d'amorcer l'intervention ;
- identifier les contacts.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - L'enfant pourra réintégrer le service de garde si son état de santé le lui permet et si le traitement pour éliminer l'état de porteur a été complété.
- Contacts
  - Remettre une lettre explicative aux parents de tous les enfants en contact avec le sujet ainsi qu'au personnel.
  - Considérer comme contacts tous les enfants et membres du personnel ayant été en contact avec le sujet moins de sept jours avant l'apparition des premiers symptômes et dans les 24 heures ayant suivi le début du traitement.
  - Diriger vers l'urgence d'un centre hospitalier toute personne qui a été en présence du sujet et qui présente une maladie fébrile.
  - Administrer une chimioprophylaxie à la rifampicine aux contacts reconnus comme étroits, quel que soit leur situation vaccinale. Cette médication devrait être administrée le plus rapidement possible (dans les 24 heures qui suivent le diagnostic du cas) et simultanément à tous les contacts étroits dans les 10 jours qui suivent la mise en présence. Cette période peut être prolongée jusqu'à trente jours.
  - Il n'est pas recommandé d'exclure du service de garde une personne qui refuse de prendre la chimioprophylaxie.
- *Rifampicine*
  - Adulte : 600 mg aux 12 heures durant 2 jours
  - Enfant > 1 mois : 20 mg/kg/24 h, divisés en 2 doses. durant 2 jours (max. : 600 mg par dose).
  - Enfant <1 mois : 10 mg/kg/24 h, divisés en 2 doses, durant 2 jours.
  - La rifampicine peut être préparée en suspension par le pharmacien, avec lequel on aura pris des ententes préalables.
  - Aviser la personne des effets secondaires possibles (nausées, vomissements, diarrhée, étourdissements, céphalées dans 20 % des cas, coloration orangée des urines et des larmes, coloration permanente des lentilles cornéennes souples et diminution de l'efficacité des contraceptifs oraux).

- *Ceftriaxone*
  - On utilisera la ceftriaxone lorsque la rifampicine est contre-indiquée.
  - Adulte : 250 mg, IM, en dose unique.
  - Enfant < 12 ans : 125 mg, IM, en dose unique.
- *Ciprofloxacine*
  - Adulte : 500 mg, *p.,o.,* en dose unique.
  - Elle n'est pas recommandée aux personnes de moins de 18 ans.
  - En plus de la chimioprophylaxie, la vaccination des contacts étroits est recommandée si la souche est contenue dans un vaccin. S'il s'agit d'une infection avec une souche de type C, vacciner avec un vaccin conjugué (Menjugate[MD]) selon le protocole en vigueur pour l'âge (Protocole sur l'immunisation du Québec). S'il s'agit d'une souche A, Y ou W135 et que l'enfant est âgé de plus de 2 ans, vacciner avec le vaccin polysaccharidique (Menomune[MD]).
  - La vaccination ne remplace pas la chimioprophylaxie, mais elle assure la protection de l'individu quand la rifampicine n'agit plus. On procédera donc à la vaccination dans les meilleurs délais après avoir reçu la confirmation que le groupe en cause est contenu dans le vaccin.
  - Étant donné que la durée de protection conférée par le vaccin est limitée et varie selon l'âge à la vaccination et le vaccin utilisé, nous recommandons, pour les contacts étroits qui ont été vaccinés dans le passé, d'administrer une dose de vaccin en respectant les intervalles recommandés. (Voir le *Protocole d'immunisation du Québec.*)

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène.

Bien aérer les pièces.

Suivi

S'assurer que la chimioprophylaxie a été administrée.

Lettre aux parents

Objet : Infection à méningocoque (*Neisseria meningitidis*)

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Un enfant fréquentant le service de garde a une infection à *Neisseria meningitidis*. Le *Neisseria meningitidis* est une bactérie qui peut se retrouver dans le nez et la gorge des enfants et des adultes en bonne santé. Elle peut parfois causer des infections sérieuses incluant la méningite (inflammation des enveloppes du cerveau), la bactériémie (présence de bactéries dans le sang) et, rarement, la pneumonie ou l'atteinte d'autres organes.

Comme cette bactérie peut se transmettre facilement en service de garde, tous les enfants et les membres du personnel du service de garde doivent recevoir le plus tôt possible (de préférence dans les 24 heures) un traitement préventif à la rifampicine. Ce traitement peut s'accompagner d'effets secondaires bénins (symptômes digestifs, coloration orangée des urines et des larmes, coloration permanente des lentilles cornéennes souples). Enlever les lentilles cornéennes souples durant le traitement et jusqu'à 24 heures après la fin de la prise de médicaments.

Pour aider à enrayer cette infection et à protéger la santé de votre enfant et celle de tous ceux qui fréquentent le service de garde, il est important que votre enfant termine son traitement préventif.

En plus du traitement préventif, il est possible que l'on recommande la vaccination de votre enfant.

Si votre enfant présente dans les prochaines semaines un des symptômes suivants : une forte fièvre, des maux de tête importants, une raideur du cou, des petites lésions sur le corps, amenez-le le plus rapidement possible à l'urgence (apportez cette lettre).

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Lettre au personnel

Objet : Infection à méningocoque (*Neisseria meningitidis*)

Lieu : _____

Date : _____

Madame, Monsieur,

Un enfant fréquentant le service de garde a une infection à *Neisseria meningitidis*. Le *Neisseria meningitidis* est une bactérie qui peut se retrouver dans le nez et la gorge des enfants et des adultes en bonne santé. Elle peut parfois causer des infections sérieuses incluant la méningite (inflammation des enveloppes du cerveau), la bactériémie (présence de bactéries dans le sang) et, rarement, la pneumonie ou l'atteinte d'autres organes.

Comme cette bactérie peut se transmettre facilement en service de garde, tous les enfants et les membres du personnel du service de garde doivent recevoir le plus tôt possible (de préférence dans les 24 heures) un traitement préventif à la rifampicine.

Ce traitement peut s'accompagner d'effets secondaires bénins (symptômes digestifs, coloration orangée des urines et des larmes, coloration permanente des lentilles cornéennes souples et diminution de l'efficacité des contraceptifs oraux). Il faudra utiliser un autre moyen de contraception jusqu'à la fin du cycle menstruel et enlever vos lentilles cornéennes souples durant le traitement et jusqu'à 24 heures après la fin de la prise de médicaments.

Il est important de terminer le traitement préventif pour aider à enrayer cette infection et pour protéger votre santé et celle de tous ceux qui fréquentent le service de garde.

En plus du traitement préventif, il est possible que l'on vous recommande d'être vacciné.

Si, dans les prochaines semaines, vous présentez un des symptômes suivants : une forte fièvre, des maux de tête importants, une raideur du cou, des petites lésions sur le corps, présentez-vous le plus rapidement possible avec cette lettre à l'urgence.

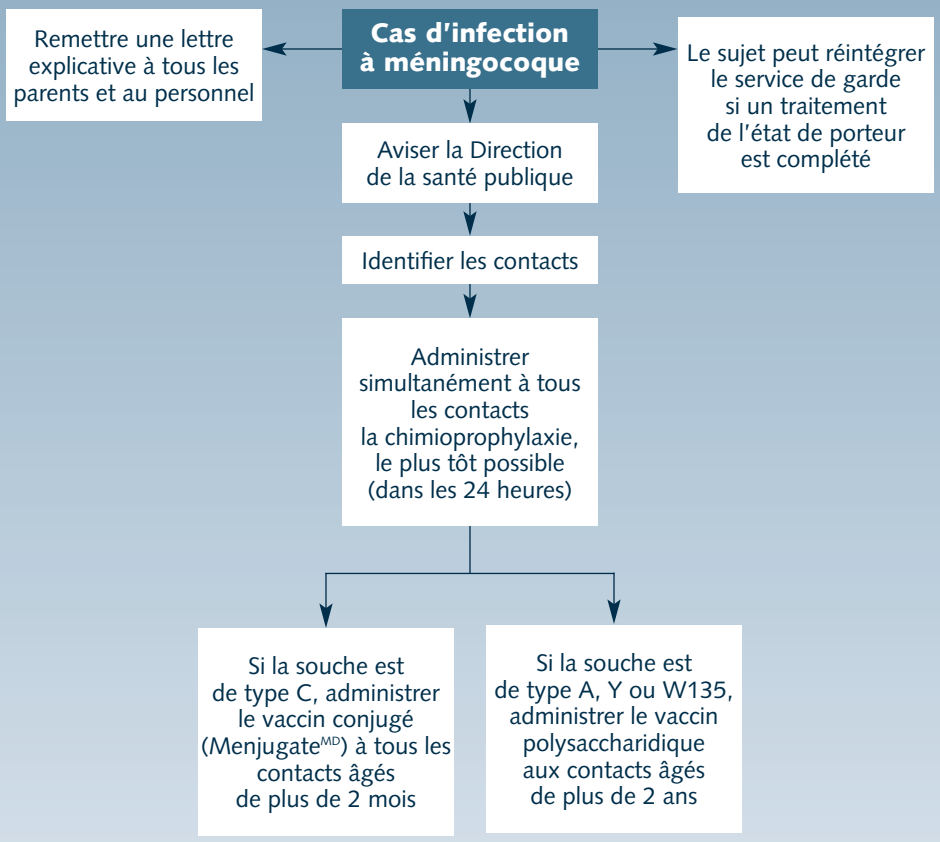
Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas d'infection à méningocoque
Remettre une lettre explicative à tous les parents et au personnel
Le sujet peut réintégrer le service de garde si un traitement de l'état de porteur est complété
Aviser la Direction de la santé publique
Identifier les contacts
Administrer simultanément à tous les contacts la chimioprophylaxie, le plus tôt possible (dans les 24 heures)
Si la souche est de type C, administrer le vaccin conjugé (Menjugate^MD) à tous les contacts âgés de plus de 2 mois
Si la souche est de type A, Y ou W135, administrer le vaccin polysaccharidique aux contacts âgés de plus de 2 ans

Information générale

Définition

Les oreillons consistent en une infection virale aiguë causée par un virus du genre paramyxovirus, qui se manifeste souvent par une parotidite (infection des glandes salivaires situées en avant des oreilles) et qui arrive surtout en hiver et au printemps.

Tableau clinique

Les oreillons sont une infection souvent asymptomatique (30 % des cas). Ils peuvent toutefois présenter les symptômes suivants :

- fièvre modérée, malaises qui durent environ 24 heures, suivis d'une douleur périauriculaire et d'une dysphagie ;
- tuméfaction parotidienne (le long de la mâchoire) unilatérale ou bilatérale.

Complications

Les oreillons peuvent entraîner, dans 10 à 30 % des cas, une méningite clinique généralement bénigne et sans séquelle. Ils peuvent également provoquer une encéphalite (1 cas sur 6 000), une pancréatite, de l'arthrite, une thyroïdite et une surdité (rare).

Après la puberté, 20 à 30 % des hommes atteints souffrent d'une orchite et 5 % des femmes atteintes présentent une ovarite (oophorite) souvent unilatérale. La stérilité est une séquelle rare.

Le nombre d'avortements spontanés chez les femmes qui sont atteintes pendant le premier trimestre de la grossesse augmente.

Durée de la maladie

Les oreillons durent de trois à dix jours.

Mode de transmission

Les oreillons se transmettent par contact avec des gouttelettes de salive projetées par une personne infectée.

Période d'incubation

La période d'incubation des oreillons dure de 16 à 25 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité des oreillons dure de sept jours avant l'apparition de la tuméfaction jusqu'à neuf jours après.

La contagiosité maximale est atteinte 48 heures avant le début des symptômes.

Réceptivité

Toute personne née après 1969 n'ayant pas fait les oreillons ou n'ayant pas reçu le vaccin est susceptible de contracter cette maladie.

Immunité

Les oreillons confèrent une immunité permanente.

Le vaccin monovalent contre les oreillons n'est pas disponible au Québec ; la protection contre les oreillons produite par le RRO (vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons) confère une immunité dans 95 % de cas.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Examen clinique, sérologie.

▲ exceptionnelles

- Culture et isolement du virus dans la salive, l'urine ou le LCR.

Traitement

▲ spécifique

- Aucun.

▲ de soutien

- Diète molle sans fruit citrin pendant la phase aiguë, car l'acidité accentue la douleur parotidienne.
- Antipyrétiques, analgésiques au besoin.

Particularités associées au service de garde

Très peu d'éclosions d'oreillons ont été rapportées en service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

La femme enceinte qui est au premier trimestre de sa grossesse et qui a contracté les oreillons risque davantage de faire un avortement spontané.

Le vaccin vivant contre les oreillons ne devrait pas être donné aux femmes enceintes ou à celles qui pensent l'être. Cette précaution est liée au risque théorique d'une infection fœtale faisant suite à l'administration d'un vaccin vivant.

Mesures à prendre

Enquête

On doit identifier les contacts.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Exclure l'enfant du service de garde jusqu'à la disparition du gonflement (environ neuf jours).
  - Si tous les contacts au service de garde (enfants et personnel) sont immunisés, l'enfant peut revenir au service de garde dès que son état de santé le lui permet.
- Contacts
  - Remettre une lettre aux parents des contacts. Sont considérées comme contacts toutes les personnes du même groupe que le sujet.
  - Vérifier la situation vaccinale des contacts. Vacciner les contacts réceptifs âgés de 12 mois et plus, même s'il n'a pas été démontré que la vaccination des contacts réceptifs préviendra les cas secondaires.
  - Surveiller l'apparition de symptômes chez les contacts et les diriger vers un médecin ou le CLSC, s'il y a lieu.
  - Les immunoglobulines ne sont pas efficaces pour prévenir les cas secondaires.
  - On recommande d'exclure jusqu'à 26 jours après l'apparition du dernier cas les contacts réceptifs immunosupprimés.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène dont la désinfection des articles souillés par des sécrétions nasales ou buccales et le lavage des mains.

Suivi

Aucun suivi particulier n'est requis, si ce n'est de vérifier la situation vaccinale du personnel et de tous les enfants.

Lettre aux parents

Objet : Oreillons

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Votre enfant a été en contact, au service de garde, avec une personne ayant les oreillons. C'est une maladie contagieuse qui peut être évitée par un vaccin.

Habituellement, les oreillons causent l'enflure des glandes situées devant et sous les oreilles ; ils s'accompagnent de fièvre modérée, de maux de tête et de maux d'oreilles. Quelquefois, une inflammation sévère peut s'étendre à la moëlle épinière (méningite), au cerveau (encéphalite) et aux testicules (orchites).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux recommande que tous les enfants soient vaccinés contre les oreillons dès l'âge de 12 mois. Le vaccin contre les oreillons est généralement associé à ceux contre la rougeole et la rubéole.

Nos fiches nous indiquent que :

- ❑ Votre enfant est adéquatement vacciné.
- ❑ Votre enfant n'est pas vacciné. Nous vous suggérons de prendre contact avec votre médecin ou votre CLSC pour le faire vacciner immédiatement.
- ❑ Nous n'avons aucune information sur le statut vaccinal de votre enfant.

Si votre enfant, qu'il soit vacciné ou non, présente une des manifestations de la maladie, consultez un médecin ou votre CLSC, prévenez le service de garde et apportez cette lettre avec vous.

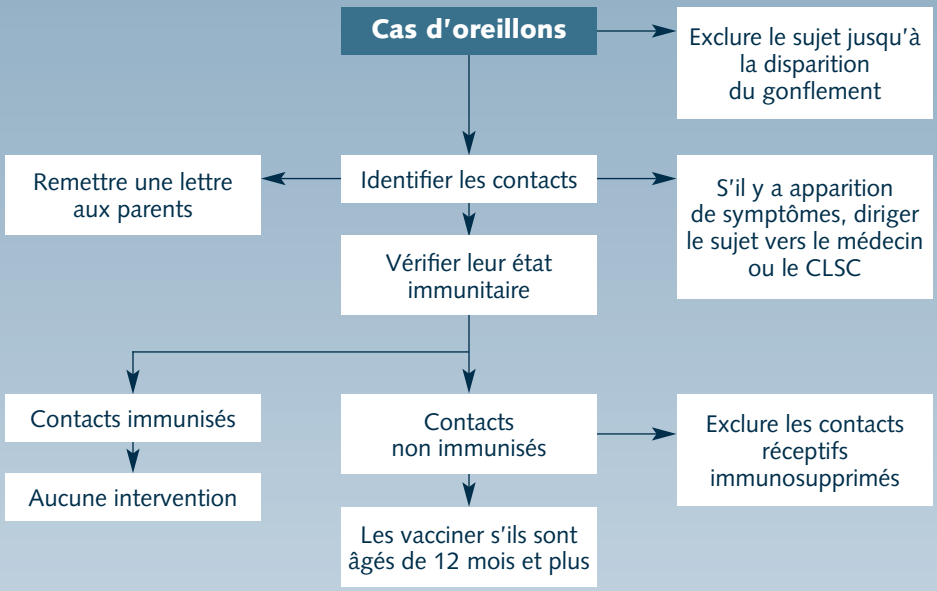
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas d'oreillons
Exclure le sujet jusqu'à la disparition du gonflement
Identifier les contacts
Remettre une lettre aux parents
S'il y a apparition de symptômes, diriger le sujet vers le médecin ou le CLSC
Vérifier leur état immunitaire
Contacts immunisés
Aucune intervention
Contacts non immunisés
Exclure les contacts réceptifs immunosupprimés
Les vacciner s'ils sont âgés de 12 mois et plus

Information générale

Définition

L'otite moyenne aiguë consiste en une inflammation de l'oreille moyenne survenant généralement à la suite d'une infection des voies respiratoires supérieures. Elle est causée par des bactéries ou des virus. Les organismes les plus souvent en cause sont le *Streptococcus pneumoniæ*, *l'Hæmophilus influenzæ* et le *Moraxella catarrhalis*.

L'incidence, qui est plus élevée chez les enfants âgés de 6 à 18 mois et chez certains groupes ethniques, en particulier les Inuit et les Asiatiques, décroît avec l'âge. Elle est plus fréquente en hiver et au printemps.

Tableau clinique

L'otite moyenne aiguë se manifeste par une otalgie, de la fièvre, de l'irritabilité et une perte d'appétit.

Complications

L'otite moyenne aiguë peut entraîner les complications suivantes : perforation du tympan, otite moyenne chronique, cholestéatome, mastoïdite, perte neurosensorielle, abcès sous-dural, abcès cérébral, paralysie du nerf facial et labyrinthite. L'incidence des complications chute remarquablement avec l'utilisation d'une antibiothérapie.

Durée de la maladie

La durée de l'otite moyenne aiguë est variable.

Mode de transmission

L'otite n'est pas contagieuse. Elle est souvent attribuable à une infection des voies respiratoires supérieures lorsque les microbes colonisant le nasopharynx envahissent l'oreille moyenne.

Période de contagiosité

L'otite moyenne aiguë n'est pas contagieuse.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une otite moyenne aiguë. Les enfants prématurés et ceux ayant attrapé l'infection avant l'âge d'un an risquent davantage de récidiver ou de développer une otite chronique. Les facteurs augmentant le risque d'acquérir l'infection sont les suivants : antécédents d'otite moyenne dans la fratrie, fissure labio-palatine, immunosuppression, présence d'un fumeur dans la maison, promiscuité, allergies, utilisation de sucettes, milieu défavorisé, etc. Coucher un enfant avec un biberon augmente le risque d'otite parce que le liquide avalé par le nourrisson peut pénétrer dans la trompe d'Eustache.

Immunité

L'otite moyenne aiguë ne confère aucune immunité.

Il n'existe pas de vaccin spécifique pour l'otite moyenne. Cependant, les vaccins contre la grippe et le pneumocoque peuvent aider à diminuer la fréquence des épisodes d'otite.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Histoire et examen clinique.

▲ **exceptionnelles**

- Culture par paracentèse.

Traitement

▲ **spécifique**

- Amoxicilline, 80 mg/kg/24h, *p.o.* divisé en 3 doses, pendant 10 jours. Pour les enfants âgés de plus de 2 ans, 5 jours de traitement suffisent.

▲ **de soutien**

- Acétaminophène, s'il y a fièvre ou douleur. Nettoyage et gouttes otiques, s'il y a otorrhée.
- Myringotomie parfois indiquée.

Particularités associées au service de garde

La prévalence de l'otite moyenne aiguë augmente chez les enfants en service de garde ; elle est encore plus marquée dans les centres de la petite enfance que dans le milieu familial.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure le sujet sauf si son état de santé ne lui permet pas de participer aux activités du service de garde ou s'il présente une otorrhée, sous traitement ou non.
- Contacts
  - Aucune intervention.

Environnement

Appliquer les mesures de contrôle suggérées pour le rhume (voir « Rhume ou coryza »).

Suivi

Aucun.

Information générale

Définition

L'oxyurose est une infection intestinale commune causée par un nématode (ver rond), *l'Enterobius vermicularis*.

Cycle de vie

L'être humain infecté est le réservoir de l'oxyurose. Les femelles adultes vivent dans le côlon et pondent leurs œufs autour de l'anus, ce qui cause l'irritation. Par le grattage, les œufs peuvent être transmis à la bouche, et la personne se réinfecte. L'infection persiste si elle n'est pas traitée.

Tableau clinique

La plupart des oxyuroses sont bénignes et présentent peu de symptômes cliniques. Le prurit, le symptôme le plus commun, cause de l'irritabilité et un dérangement du sommeil.

Note
Plusieurs symptômes, comme le grinçage des dents, n'ont aucun lien avec cette infection.

Complications

Les complications liées à l'oxyurose sont rares. Cette maladie peut provoquer une vulvo-vaginite, une salpingite, un granulome pelvien ou une infection du tractus urinaire.

Durée de la maladie

L'oxyurose dure tant qu'un traitement approprié n'est pas appliqué. Cependant, la réinfection est possible par auto-infestation ou par infestation acquise d'autres individus.

Mode de transmission

L'oxyurose se transmet par transfert d'œufs par les mains, de l'anus à la bouche, soit chez la même personne ou chez une autre personne, ou par les vêtements, la literie ou d'autres articles contaminés par les œufs, mais rarement en suspension dans l'air.

Les œufs survivent moins de deux semaines hors de l'hôte.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'oxyurose dure de deux à six semaines. Les symptômes apparaissent le plus souvent après des réinfections successives.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'oxyurose dure tant que la personne infectée n'est pas traitée et que les femelles gravides pondent leurs œufs dans la région périanale.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'oxyurose.

Immunité

L'oxyurose ne confère pas d'immunité.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Procéder à un *Scotch tape test* à la région périanale pour examen microscopique, afin de déceler la présence des œufs. Il existe maintenant sur le marché des spatules adhésives qui facilitent la tâche. Idéalement, ce test doit être fait tôt le matin avant le bain ou la défécation, et il doit être répété au moins trois fois avant d'être déclaré négatif. En présence de cas attestés dans l'entourage, le diagnostic clinique peut suffire.

▲ exceptionnelles

- Aucune.

Traitement

▲ spécifique

- Pamoate de pyrantel (Combantrin[MD]), 11mg/kg en 1 dose unique (disponible en comprimés et aussi en suspension) maximum, 1g.
- Mébendazole (Vermox[MD]), 100mg en 1dose pour les enfants de plus de deux ans.

Note
Il est recommandé de répéter le traitement après deux semaines.

Particularités associées au service de garde

L'oxyurose est plus fréquente chez les enfants d'âges préscolaire et scolaire.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Si plusieurs cas sont rapportés, il peut être pertinent de visiter le service de garde.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure le sujet.
- Contacts
  - Remettre une lettre aux parents.
  - En présence de plusieurs cas, considérer comme contacts les membres de la famille des personnes atteintes ainsi que les enfants et les membres du personnel appartenant au même groupe que ces personnes.
  - S'il y a un seul cas, considérer comme contacts les membres de la famille seulement.
  - Traiter tous les contacts familiaux, symptomatiques ou non.
  - Au service de garde, faire le *scotch tape test* à deux ou trois contacts symptomatiques pour confirmation. Si le test est positif, traiter tous les contacts symptomatiques.

Environnement

Pendant les deux ou trois jours suivant le premier traitement, appliquer les recommandations suivantes :

- renforcer les mesures d'hygiène dont la désinfection des jouets et le lavage des mains (porter une attention particulière aux ongles) ;
- laver et changer, au moins une fois par jour la literie, les pyjamas et les sous-vêtements des cas infectés ;
- nettoyer les planchers des chambres à coucher à l'aspirateur.

Suivi

Surveiller l'apparition de nouveaux cas au service de garde jusqu'à un mois après le diagnostic du dernier cas.

Note
Pour éliminer l'infection, si le problème persiste, il pourrait être nécessaire de faire un Scotch tape test à tous les contacts, même s'ils sont asymptomatiques et de traiter tous les cas positifs. On peut également traiter systématiquement tous les contacts, et répéter ce traitement deux semaines plus tard.

Lettre aux parents

Objet : Oxyurose (entérobiase)

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Certains enfants du service de garde présentent des symptômes compatibles avec une oxyurose. Cette maladie bénigne, causée par un parasite, est fréquente en service de garde. Elle se manifeste le plus souvent par des démangeaisons à l'anus. Elle peut aussi causer de l'irritabilité ou un sommeil agité. La présence de ce parasite ne nécessite pas une exclusion du service de garde.

- ❑ Si votre enfant développe des symptômes compatibles avec cette maladie, veuillez en aviser le service de garde afin que les mesures appropriées soient entreprises.
- ❑ Votre enfant présente des symptômes compatibles avec cette maladie. Afin de nous aider à confirmer l'épidémie, auriez-vous l'obligeance de faire le test à votre enfant et de le retourner à :
- ❑ Puisque l'épidémie est confirmée et que votre enfant présente des symptômes, nous vous recommandons de lui faire suivre le traitement approprié. Il en va de même pour tous les membres de votre famille, qu'ils présentent des symptômes ou non. Lorsque vous viendrez chercher votre enfant au service de garde, nous vous informerons sur la façon de donner le traitement.

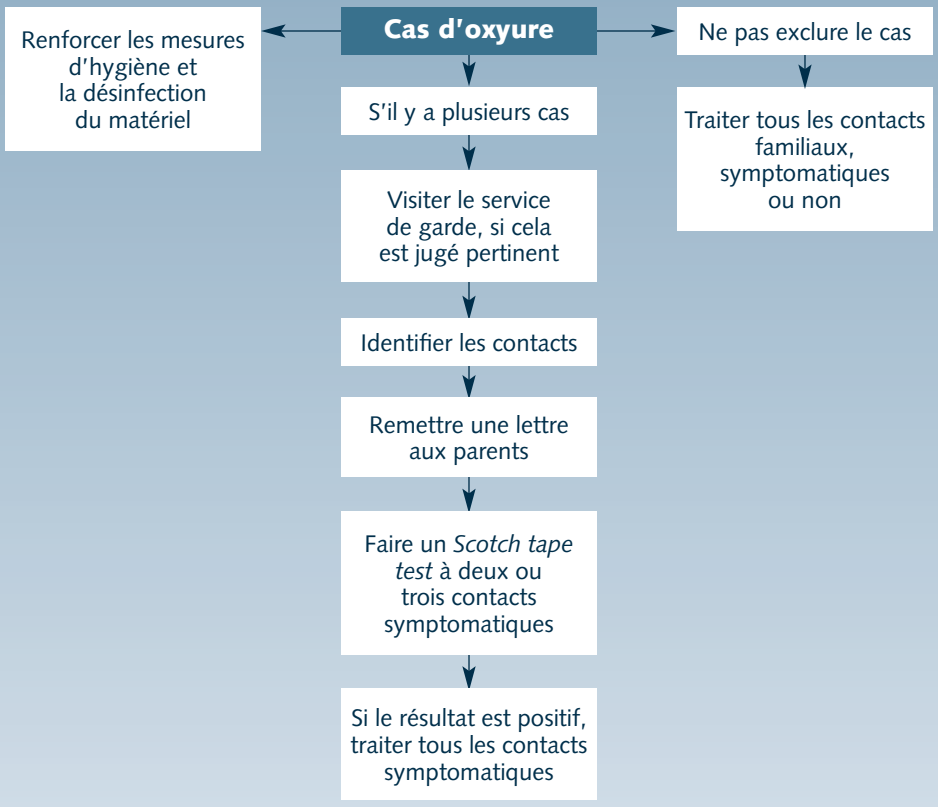
Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas d'oxyure
Renforcer les mesures d'hygiène et la désinfection du matériel
Ne pas exclure le cas
Traiter tous les contacts familiaux, symptomatiques ou non
S'il y a plusieurs cas
Visiter le service de garde, si cela est jugé pertinent
Identifier les contacts
Remettre une lettre aux parents
Faire un *Scotch tape test* à deux ou trois contacts symptomatiques
Si le résultat est positif, traiter tous les contacts symptomatiques

Information générale

Définition

La pédiculose consiste en une infestation parasitaire des régions pileuses du corps par le pou de corps, *Pediculus humanus corporis*, du cuir chevelu, par le pou de tête, *Pediculus humanus capitis*, ou de la région pubienne, par le pou du pubis, *Phtirus pubis*. Nous ne traiterons ici que des poux de tête, les poux de tête ne transmettent pas de maladie. Il y a une recrudescence des poux de tête à l'échelle mondiale.

Cycle de vie

Après l'éclosion, les poux doivent se nourrir dans les 24 heures. C'est pourquoi ils ne survivent que 24 heures en dehors du corps humain. Après une période de maturation d'environ deux semaines, le pou femelle pond ses œufs (lentes); ceux-ci prennent de quatre à dix jours avant d'éclore. Le cycle de vie dure de vingt à trente jours au total.

Tableau clinique

La pédiculose se manifeste par des démangeaisons, des excoriations ou des infections secondaires à l'infestation du cuir chevelu. On note une présence de lentes collées près de la racine des cheveux, derrière les oreilles et à la nuque, et, parfois, dans les sourcils.

Complications

La pédiculose peut entraîner des lésions de grattage ainsi qu'une infection secondaire au grattage.

Durée de la maladie

La pédiculose dure tant qu'il n'y a pas eu de traitement efficace d'administré.

Mode de transmission

L'être humain est le seul réservoir du pou.

Généralement, l'infestation se fait principalement par contact avec une personne infestée (tête à tête) et, moins souvent, par contact avec ses effets personnels (ex. : brosse, peigne, chapeau). Il n'existe pas d'évidence de transmission par les tapis, les draps ou les taies d'oreiller.

Période d'incubation

La période d'incubation de la pédiculose dure environ dix jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la pédiculose dure jusqu'à la destruction, par un traitement efficace, des œufs viables et des poux vivant dans les cheveux ou les effets personnels.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la pédiculose.

Immunité

La pédiculose ne confère pas d'immunité.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Examen clinique (plus facile avec une loupe).

▲ **exceptionnelles**

- Examen microscopique.

Traitement spécifique

En crème après shampooing, perméthrine (Nix[MD], Kwellada-P[MD] 1 %).

En shampooing : pyréthrine et butoxyde de pipéronyle[MD] (R&C[MD], Lice-Enz[MD] et autres).

Il existe un autre produit, composé d'acide acétique, de camphre, de citronnelle et d'éthersulfate sodique de lauryle (SH-206[MD]), dont le pouvoir insecticide et ovicide n'est documenté que par des études non publiées. Le malathion (Prioderm[MD]) et le lindane (Kwellada[MD]) ne sont plus disponibles au Québec. D'autres produits à base de lindane (Hexit[MD], PMS Lindane[MD]) semblent toujours disponibles, mais leur utilisation est de plus en plus déconseillée.

Étant donné la facilité de transmission dans ce milieu, le traitement pour le contrôle de l'infestation en service de garde se fait en deux applications, la deuxième devrant être faite sept à dix jours après la première parce que, parfois, la première ne détruit pas toutes les lentes.

L'utilisation de perméthrine est préférable, parce que ce produit est peu toxique. Il a une activité ovicide supérieure aux autres produits et il montre une grande efficacité après la première application. Suivre rigoureusement le mode d'emploi pour tous les produits.

Si des poux vivants sont observés 24 à 48 heures après la première application d'un produit pédiculicide, on recommande de reprendre immédiatement le traitement en utilisant un autre produit, la deuxième application devant avoir toujours lieu de sept à dix jours plus tard.

Si les sourcils sont atteints, appliquer de la gelée de pétrole (par exemple, Vaseline ou Lacri-lube[MD]) en couche épaisse deux fois par jour pendant une semaine. Retirer les lentes à l'aide d'une pince à sourcils.

Il n'est pas nécessaire de couper les cheveux. Un peigne fin peut être utilisé pour enlever les lentes. Les nouvelles formules décollent les lentes, qui partent après le lavage et le rinçage des cheveux.

Particularités associées au service de garde

Les épidémies de pédiculose sont fréquentes en service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Le lindane (non disponible au Québec) n'est pas recommandé pour les femmes enceintes. La perméthrine et la pyréthrine peuvent leur être administrées.

Mesures à prendre

Enquête

On doit identifier les contacts.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Exclure le sujet jusqu'à la première application du traitement. Il peut ensuite retourner au service de garde, même s'il a encore des lentes. L'effet résiduel du produit sera suffisant pour détruire tous les parasites dans les jours qui suivent, et le risque de transmission est considérablement réduit après la première application.
  - L'exclusion s'applique aussi s'il existe des signes d'infestation active (poux vivants, lentes viables). Dans cette situation, nous recommandons de consulter un professionnel de la santé qui déterminera la date de retour au service de garde. Il est possible que le traitement ait été mal appliqué, qu'il n'ait pas été appliqué du tout, que les mesures de contrôle n'aient pas été suivies par l'entourage adéquatement ou qu'il existe une résistance au traitement (moins fréquent).
  - Pour enlever les lentes, on peut utiliser un peigne fin (sans vinaigre). L'emploi du vinaigre pour aider à décoller les lentes est déconseillé, car l'acide acétique peut enlever les restes du produit pédiculicide et, ainsi, nuire à son action résiduelle.
  - S'assurer qu'une deuxième application soit faite sept à dix jours après la première pour compléter le traitement.

- Contacts
  - Considérer comme contacts toute personne du service de garde (enfant, personnel) ayant eu un contact direct avec une personne infestée et tous les membres de la famille de cette personne.
  - Remettre une lettre d'information à tous les parents (lettre nº 1) et informer les membres du personnel du service de garde.
  - Examiner ou faire examiner tous les contacts.
  - Remettre une lettre aux parents des contacts infestés (lettre nº 2).
  - Appliquer le traitement, le même jour, à toutes les personnes infestées.

Environnement

S'assurer que les enfants ne partagent pas leur peigne, brosse à cheveux, chapeau.

Il n'est pas nécessaire de faire nettoyer les effets personnels (sauf les peignes et les brosses) ou les lieux si les mesures de contrôle sont respectées et si l'application du traitement est rigoureusement suivie.

Dans certaines situations particulières, nettoyer les peignes et les brosses à cheveux en les faisant tremper dans une des solutions suivantes : un shampooing contre les poux pendant une heure ; de l'eau chaude à environ 65 ºC (150 ºF) pendant 5 à 10 minutes.

Suivi

Profiter de l'occasion pour réviser les mesures d'hygiène et donner de l'information au personnel sur le dépistage de la pédiculose.

Si l'épidémie persiste, visiter le service de garde.

S'assurer que le protocole d'intervention en vigueur a été appliqué.

Lettre nº 1 aux parents de tous les enfants du service de garde

Objet : Pédiculose

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a actuellement au service de garde des enfants porteurs de poux de tête et de lentes. Afin d'éviter la contagion, nous vous demandons d'examiner la tête de votre enfant et des autres membres de votre famille et, si nécessaire, de traiter immédiatement les personnes infestées en suivant les recommandations données.

Vous trouverez ci-joint une liste de conseils et de renseignements pratiques ainsi que des indications de traitement. Nous voulons aussi vous avertir que, afin de contrôler les poux de tête au service de garde, les cheveux de votre enfant pourraient aussi être examinés à cet endroit.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

p.j. Conseils et renseignements pratiques

Lettre nº 2 aux parents

Objet : Pédiculose

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Nous avons constaté que votre enfant souffre de pédiculose (poux de tête et lentes). Afin de limiter la transmission aux autres enfants et aux membres de la famille, nous vous demandons d'appliquer un traitement dans les plus brefs délais. Votre enfant pourra revenir au service de garde après la première application du produit.

Vous trouverez ci-joint une liste de conseils et de renseignements pratiques ainsi que des indications de traitement.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

p.j. Conseils et renseignements pratiques

Conseils et renseignements pratiques

Nous désirons vous donner de l'information au sujet des poux de tête, car nous croyons que des parents informés peuvent mieux prévenir ou agir, s'il y a lieu.

Tout le monde est susceptible d'attraper des poux. Si on en attrape, on ne doit surtout pas s'alarmer, car les poux de tête n'entraînent pas de complications importantes pour la santé. On doit s'en défaire le plus rapidement possible. Le traitement est facile et agit très rapidement.

Le pou étant sensible aux variations de température et d'humidité du corps humain, il est certain que le fait de se laver et de changer de vêtements régulièrement contribue à interrompre ou à limiter l'infestation.

Identification

Le pou est un petit insecte grisâtre au dos plat, sans aile, qui peut survivre seulement 24 heures hors de la tête. Ses six pattes se terminent par un crochet avec lequel il s'agrippe aux cheveux. Puisqu'il pique, le premier symptôme est souvent la démangeaison, laquelle entraîne le grattage.

La lente est un œuf que le pou dépose près du cuir chevelu ou sur le cheveu. C'est une petite boule translucide grisâtre qui colle aux cheveux et qui est gluante et résistante. Elle diffère de la pellicule qui, elle, tombe comme un grain de sable lorsqu'on secoue le cheveu.

Il est bon de savoir que les poux de tête se multiplient rapidement. Chaque femelle adulte peut pondre en 30 jours jusqu'à 140 œufs (lentes). Chacune de ces lentes éclot au bout de dix jours pour donner naissance à des poux minuscules qui deviennent adultes en deux semaines.

Les poux ne sautent pas et ne se transmettent que par contact avec des personnes infestées ou, rarement, par l'intermédiaire des articles personnels contaminés (peignes, brosses à cheveux, chapeaux). Ils ne se transmettent vraisemblablement pas par les dossiers de divans, les tapis, les draps, les taies d'oreiller, les serviettes, les écouteurs, etc.

Prévention

Examinez régulièrement les cheveux de vos enfants pour rechercher des poux et de lentes. Le pou est difficile à trouver, car il se cache sur la tête. Les lentes sont plus faciles à voir. De couleur blanc grisâtre, ressemblant un peu à une pellicule gonflée, elles se trouvent plus facilement par l'examen des cheveux à la nuque et derrière les oreilles.

Avisez les enfants de ne pas prêter leur peigne, leur brosse à cheveux et leur chapeau.

Traitement

Utilisez des crèmes et des lotions après shampooing ainsi que des shampooings en vente à la pharmacie sans prescription. Voici quelques noms de produits actuellement offerts :

- Crèmes après shampooing : perméthrine (Nix[MD], Kwellada-P[MD]) ;
- shampooings :
  - pyréthrine (R & C[MD], Lice-Enz[MD]) ;
  - acide acétique (SH-206[MD]) ;
  - bioalléthrine et butoxyde de pipéronyle (PARA[MD]).

Utilisez de préférence du perméthrine, parce que ce produit est moins toxique. Il a une activité ovicide supérieure aux autres produits et il montre plus d'efficacité après un seul traitement.

Vérifiez la chevelure des autres membres de la famille et traitez-les s'il y a lieu.

Important

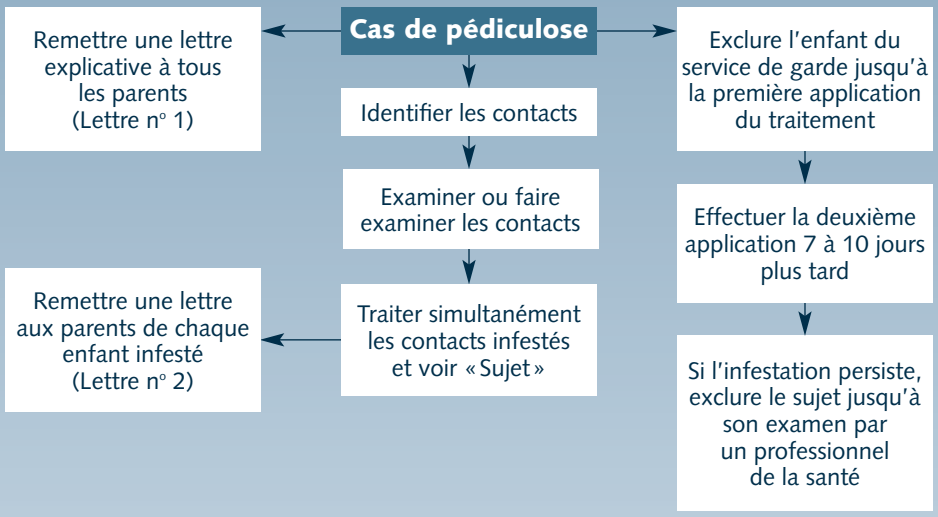
Respectez les recommandations du fabricant ou du pharmacien quant à l'application des produits pédiculicides.

Ne faites le traitement que s'il y a pédiculose : on ne doit pas appliquer de traitement préventif.

Gardez les produits pédiculicides hors de la portée des enfants.

Si l'infestation persiste après deux traitements, voyez un médecin.

Arbre décisionnel


Cas de pédiculose
Remettre une lettre explicative à tous les parents (Lettre n° 1)
Identifier les contacts
Examiner ou faire examiner les contacts
Traiter simultanément les contacts infestés et voir « Sujet »
Remettre une lettre aux parents de chaque enfant infesté (Lettre n° 2)
Exclure l'enfant du service de garde jusqu'à la première application du traitement
Effectuer la deuxième application 7 à 10 jours plus tard
Si l'infestation persiste, exclure le sujet jusqu'à son examen par un professionnel de la santé

Seulement pour la scarlatine

Information générale

Définition

La pharyngo-amygdalite streptococcique est une angine causée par le strectocoque bêta-hémolytique du groupe A. Lorsque l'agent infectieux produit une toxine érythrogénique, l'angine peut s'accompagner d'une éruption cutanée (scarlatine). Environ 5 à 15 % des enfants sont des porteurs sains du streptocoque du groupe A.

Une éruption scarlatiforme est aussi possible avec des infections causées par certains types de *Staphylococcus aureus*.

Tableau clinique

La pharyngo-amygdalite streptococcique se manifeste de la façon suivante :

- pharyngo-amygdalite ;
- fièvre élevée, perte d'appétit, nausées et vomissements, céphalées, hyperémie du pharynx ou des amygdales avec ou sans exsudat, pétéchies au palais, adénopathies cervicales sensibles au toucher.

Les manifestations cliniques disparaissent spontanément après trois à cinq jours.

La scarlatine à streptocoque présente les mêmes symptômes que la pharyngo-amygdalite, ainsi que les suivants :

- langue framboisée et érythème fin blanchissant sous la pression, donnant une sensation de papier sablé, apparaissant au cou, à la poitrine, à l'abdomen et à la face interne des cuisses, mais n'atteignant pas le visage ;
- hyperémie des plis de flexion, particulièrement des plis du coude et du creux axillaire (signe de Pastia).

L'éruption disparaît en une semaine et l'on peut observer une desquamation, surtout aux extrémités.

Complications

▲ suppuratives

- La pharyngo-amygdalite streptococcique peut provoquer une otite moyenne, un abcès périamygdalien ou rétropharyngien, une sinusite, une mastoïdite, une adénite cervicale et un impétigo. Occasionnellement, l'enfant peut avoir une anite ou vaginite à *Streptococcus pyogenes*.

▲ **non suppuratives**

- La pharyngo-amygdalite streptococcique peut entraîner un rhumatisme articulaire aigu (rare chez les enfants de moins de 4 ans) et une glomérulonéphrite aiguë.

Durée de la maladie

La pharyngo-amygdalite streptococcique dure rarement plus de sept jours.

Mode de transmission

La pharyngo-amygdalite streptococcique se transmet par contact avec des gouttelettes provenant du nez ou de la gorge d'une personne infectée ou, plus rarement, d'un porteur. Elle se transmet rarement par contact avec des objets.

De rares épidémies de pharyngo-amygdalite ont été causées par l'ingestion d'aliments contaminés lors de la préparation et réfrigérés de façon inappropriée.

Période d'incubation

La période d'incubation de la pharyngo-amygdalite streptococcique dure de un à cinq jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la pharyngo-amygdalite streptococcique dure jusqu'à 24 heures après le début du traitement. Si l'infection n'est pas traitée, la maladie dure habituellement de 10 à 21 jours, surtout pendant la phase aiguë. La personne atteinte peut devenir porteuse pour une période variable.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la pharyngo-amygdalite streptococcique. La maladie est toutefois plus fréquente chez les enfants que chez les adultes.

Immunité

La pharyngo-amygdalite streptococcique confère une immunité spécifique contre le type de streptocoque en cause. Cependant, il est possible d'attraper la maladie plus d'une fois, car il y a plusieurs types de streptocoques du groupe A et plusieurs toxines.

L'immunité contre la toxine érythrogénique (donc, contre l'éruption cutanée) s'installe dans la semaine suivant le début de l'éruption, et elle est généralement permanente.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- *Pharyngo-amygdalite*
  - Culture ou méthode rapide d'identification du streptocoque (méthode moins sensible que la culture). La distinction clinique de la pharyngite virale et de la pharyngite streptococcique est difficile.
- *Scarlatine*
  - Examen clinique et culture de la gorge.

▲ **exceptionnelles**

- Mesure des ASO (antistreptolysines O), anti-DNAse.

Traitement

▲ **spécifique**

- 12 ans et moins : Pénicilline V, 250mg *p.o.*, 2 doses quotidiennes pendant 10jours
- Plus de 12 ans : pénicilline V 500 *p.o.*, 2 doses quotidiennes pendant 10 jours

Note
Les jeunes enfants peuvent avoir de la difficulté à tolérer le goût de la suspension de pénicilline. Dans ces cas, on peut avoir recours à un autre antibiotique. L'amoxicilline, la clindamycine, les macrolides et les céphalosporines de première génération sont des alternatives acceptables.

▲ **de soutien**

- Hydratation, antipyrétiques si l'enfant fait de la fièvre.

Particularités associées au service de garde

Les épidémies de pharyngo-amygdalite streptococcique sont fréquentes en service de garde. L'infection affecte plus souvent les enfants âgés de 3 à 12 ans. Le tableau clinique peut être atypique chez les enfants de moins de 3 ans.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

On doit d'abord identifier les contacts. Si plusieurs cas se déclarent simultanément, on doit chercher une source possible de contamination alimentaire.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Traiter.
  - Exclure le sujet jusqu'à 24 heures après le début du traitement et jusqu'à ce que son état lui permette de suivre les activités.
- Contacts
  - Remettre une lettre aux parents des contacts.
  - Considérer comme contacts les membres de la famille et les enfants et membres du personnel du même groupe que le sujet.
  - Surveiller l'apparition des symptômes, en particulier les maux de gorge accompagnés de fièvre ou d'éruption cutanée, et diriger la personne vers le médecin ou le CLSC pour une recherche de streptocoque et un traitement, s'il y a lieu.
  - Si la recherche de streptocoque est positive, voir « Sujet ».
  - Faire une recherche de streptocoque dans les sécrétions de tous les contacts, symptomatiques ou non, seulement si une personne développe une complication non suppurative (RAA ou glomérulonéphrite aiguë).
  - Traiter tous les contacts porteurs de streptocoque.
  - S'il y a des cas de varicelle au service de garde, il est important de référer rapidement tout enfant avec des symptômes suggestifs de pharyngo-amygdalite à streptocoque pour diagnostic et traitement, parce que les *Streptococcus pyogenes* de la gorge sont la source potentielle de surinfection de lésions varicelleuses.

Environnement

Aucune intervention, sauf si l'épidémie est de source alimentaire (voir la section « *Intoxication alimentaire* »).

Suivi

Même si l'épidémie persiste, ne pas chercher les porteurs sains.

Lettre aux parents

Objet : Pharyngo-amygdalite streptococcique et scarlatine

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a actuellement une ou des personnes souffrant d'une infection à streptocoque au service de garde. Cette maladie donne les signes suivants : fièvre souvent élevée, maux de gorge, ganglions, ainsi que nausées et vomissements dans les cas plus sévères. Parfois une éruption cutanée s'ajoute à la pharyngite : on parle alors de scarlatine.

Le diagnostic se fait habituellement par culture des sécrétions de la gorge, afin d'identifier le microbe en cause (le streptocoque). Si on le retrouve dans les sécrétions, le traitement sera un antibiotique oral (habituellement de la pénicilline) à prendre pendant 10 jours, ou une injection de pénicilline. Ce traitement vise à prévenir des maladies plus graves telles que le rhumatisme articulaire aigu (RAA ou fièvre rhumatismale), qui peut atteindre les valves du cœur.

Si votre enfant présente un des symptômes ci-dessus mentionnés, gardez-le à la maison, prévenez le service de garde et prenez contact avec votre médecin ou votre CLSC.

L'enfant infecté par le streptocoque peut retourner au service de garde 24 heures après le début du traitement aux antibiotiques si son état lui permet de suivre les activités.

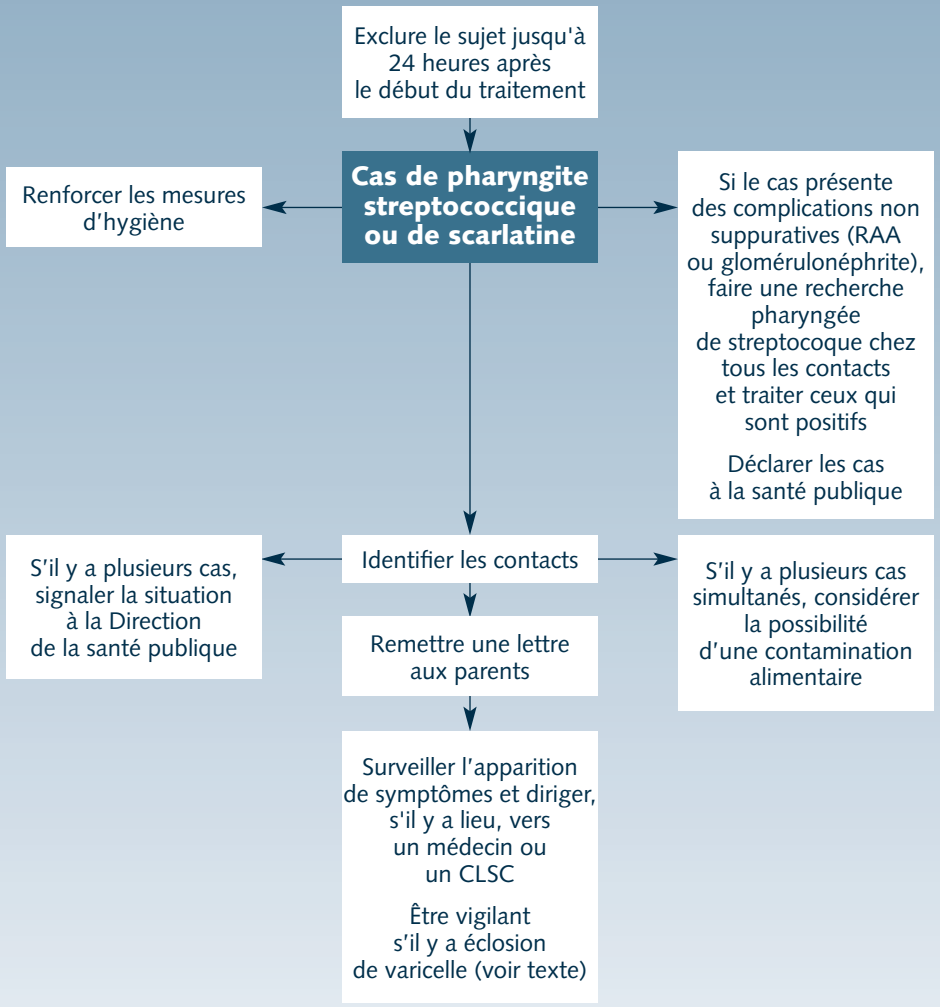
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Exclure le sujet jusqu'à 24 heures après le début du traitement
Cas de pharyngite streptococcique ou de scarlatine
Renforcer les mesures d'hygiène
Si le cas présente des complications non suppuratives (RAA ou glomérulonéphrite), faire une recherche pharyngée de streptocoque chez tous les contacts et traiter ceux qui sont positifs
Déclarer les cas à la santé publique
Identifier les contacts
S'il y a plusieurs cas, signaler la situation à la Direction de la santé publique
S'il y a plusieurs cas simultanés, considérer la possibilité d'une contamination alimentaire
Remettre une lettre aux parents
Surveiller l'apparition de symptômes et diriger, s'il y a lieu, vers un médecin ou un CLSC
Être vigilant s'il y a éclosion de varicelle (voir texte)

Information générale

Définition

La pharyngo-amygdalite virale consiste en une angine causée par plusieurs virus dont les plus fréquents sont les adénovirus, les entérovirus, le virus d'Epstein-Barr, l'influenza et les parainfluenza ; 80 % des pharyngo-amygdalites sont d'origine virale.

Tableau clinique

Les symptômes de la pharyngo-amygdalite virale varient selon l'agent causal. Les principaux signes et symptômes sont les suivants : hyperémie du pharynx, augmentation du volume des amygdales avec ou sans exsudat, dysphagie, exanthème, coryza, fièvre et adénopathies cervicales.

Complications

La pharyngo-amygdalite virale peut entraîner les complications suivantes :

- conjonctivite ;
- bronchite, bronchiolite, sinusite, pneumonie ;
- otite moyenne, surinfection bactérienne.

La sévérité des complications varie selon l'âge et l'état de santé du sujet.

Durée de la maladie

La pharyngo-amygdalite virale dure habituellement entre deux et sept jours.

Mode de transmission

La pharyngo-amygdalite virale se transmet par inhalation de gouttelettes contaminées et par contact avec des sécrétions nasopharyngées provenant d'une personne infectée ou des objets fraîchement contaminés.

Période d'incubation

La période d'incubation de la pharyngo-amygdalite virale dure de un à quatorze jours selon l'agent causal.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la pharyngo-amygdalite virale commence un peu avant l'apparition des symptômes et dure pendant toute la maladie.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une pharyngo-amygdalite virale.

Immunité

La pharyngo-amygdalite virale peut conférer une immunité pour le type du virus en cause seulement.

Aucun vaccin n'est disponible, sauf contre le virus influenza.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Tableau clinique de la pharyngo-amygdalite après élimination de la présence de streptocoque bêta-hémolytique du groupe A dans les sécrétions pharyngées. Il n'est pas possible cliniquement de distinguer la pharyngite virale de la pharyngite à streptocoque.

▲ exceptionnelles

- Culture du virus.

Traitement

▲ spécifique

- Aucun. Les antibiotiques ne sont d'aucune efficacité contre les pharyngo-amygdalites virales.

▲ de soutien

- Hydratation, antipyrétiques si le sujet fait de la fièvre (utiliser l'acétaminophène, plutôt que l'acide acétylsalicylique ou AAS, seul ou en association).

Particularités associées au service de garde

Les pharyngo-amygdalites, comme les autres infections des voies respiratoires supérieures, sont plus fréquentes chez les enfants.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure l'enfant si son état général lui permet de suivre les activités.
  - Habituer l'enfant à diriger son visage vers sa manche lorsqu'il tousse et éternue, pour qu'il évite de se contaminer les mains. Voir Chapitre VI « Le mouchage, l'éternuement et la toux ». Apprendre à l'enfant à se moucher et à se laver les mains par la suite.
- Contacts
  - En présence de plusieurs cas de maux de gorge au service de garde, diriger ceux qui présentent de la fièvre vers leur médecin ou leur CLSC, afin d'éliminer la possibilité d'une infection streptococcique. Remettre une lettre aux parents.

Environnement

Bien aérer et humidifier les pièces.

Renforcer les mesures d'hygiène tel le lavage des mains.

Désinfecter les objets contaminés.

Suivi

Aucun.

Lettre aux parents

Objet : Pharyngo-amygdalite virale

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a actuellement plusieurs personnes souffrant de maux de gorge au service de garde.

Si votre enfant souffre de maux de gorge et fait de la fièvre, nous vous recommandons de consulter votre médecin ou de vous rendre à votre CLSC, afin de faire identifier le microbe en cause.

Si votre enfant ne fait pas de fièvre, cela signifie que la maladie est probablement d'origine virale. Votre enfant guérira naturellement dans les jours qui suivent.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Seulement si infection est envahissante.

Information générale

Définition

Le *Streptococcus pneumoniae*, ou pneumocoque fait partie de la flore bactérienne normale de nombreux individus. Il peut cependant causer des infections sévères., mais pouvant devenir un agent pathogène important. Plus de 80 sérotypes ont été identifiés; 23 d'entre eux sont la cause de 90 % des infections. C'est l'agent étiologique le plus fréquemment en cause dans les bactériémies occultes chez les enfants de 6 à 24 mois. On le retrouve aussi dans les sinusites, les ostéomyélites, les pneumonies et les méningites bactériennes. Il provoque environ 50 % des otites moyennes bactériennes chez les enfants.

De 5 à 25 % des sujets sains sont porteurs de pneumocoque et 95 % des enfants de moins de 2 ans ont été, à un moment donné, l'hôte du pneumocoque. L'état de porteur devient moins fréquent au fur et à mesure que l'enfant grandit.

Les enfants fréquentant les services de garde sont plus souvent porteurs de pneumocoque que les enfants gardés à la maison (environ 40 %). Depuis le début des années 1990, on observe une augmentation des souches de pneumocoque résistantes à la pénicilline. Au Québec environ 20 % des souches ont une certaine résistance à la pénicilline.

Tableau clinique

Les symptômes de l'infection à pneumocoque varient selon l'organe atteint. La pneumonie est souvent précédée d'une infection virale des voies respiratoires supérieures. Le début est brutal : grand frisson unique, température qui s'élève rapidement entre 38° et 40,5 °C, dyspnée, douleur du côté atteint lors de la respiration (ressemble à un point de côté), toux sèche, puis productive.

Dans le cas de la méningite et de la bactériémie, les symptômes sont les mêmes que ceux causés par d'autres agents.

Complications

Les complications liées à l'infection à pneumocoque sont les suivantes :

- *Bactériémie* : méningite, pneumonie, décès ;
- *Pneumonie* : empyème, péricardite, abcès pulmonaire, endocardite, décès ;
- *Méningite* : épanchement sous-dural, abcès cérébral, décès ;
- *Otite* : mastoïdite, méningite.

Durée de la maladie

La durée de l'infection à pneumocoque varie selon le type d'atteintes et la précocité du traitement.

Mode de transmission

L'infection à pneumocoque se transmet de personne à personne par l'intermédiaire de gouttelettes infectées. L'infection peut aussi se transmettre par l'intermédiaire d'objets fraîchement contaminés par des sécrétions respiratoires.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'infection à pneumocoque dure de un à trois jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'infection à pneumocoque dure jusqu'à 24 heures après le début du traitement. La contagion persiste jusqu'à la disparition de la bactérie dans les sécrétions oropharyngées si l'infection n'est pas traitée.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une infection à pneumocoque. Souvent, l'hôte est colonisé par le pneumocoque sans présenter de signes d'infection. La probabilité qu'une vraie infection s'installe croît en présence de toute atteinte à l'intégrité anatomique ou physiologique du tractus respiratoire, telle qu'une IVRS, une IVRI, une maladie cardiorespiratoire chronique ou une exposition à des irritants présents dans l'air. La susceptibilité augmente également en présence d'asplénie fonctionnelle ou anatomique, de diabète, d'insuffisance rénale, de déficit immunitaire ou de fuite du LCR.

Chez l'enfant qui fréquente un service de garde éducatif, le risque d'infection envahissante à pneumocoque est trois fois plus élevé que chez ceux demeurant à la maison.

Immunité

L'infection à pneumocoque confère une immunité spécifique pour le sérotype en cause. Cette immunité peut durer plusieurs années.

Le vaccin polysaccharidique peut conférer une immunité contre 23 sérotypes. On le recommande pour certains groupes à risque. Les enfants de plus de 2 ans risquant davantage d'attraper une infection envahissante devraient être vaccinés avec le vaccin 23 valent. Le vaccin s'avère efficace à plus de 80 % chez les enfants de plus de 5 ans.

Un nouveau vaccin est disponible contre le pneumocoque. Il ne protège que contre sept sérotypes, mais ceux-ci sont les plus fréquemment impliqués dans les formes invasives. Il présente l'avantage d'être immunogène, même chez le nourrisson (période d'âge la plus à risque).

On estime que ce nouveau vaccin est efficace à 90 % contre les formes envahissantes de la maladie à pneumocoque et qu'il est sécuritaire. Il devrait être administré dès l'âge de 2 mois aux enfants à risque accru d'infection envahissante. Les recommandations québécoises pour son utilisationne sont pas encore disponibles. Se référer au PIQ pour toute mise à jour. Son utilisation de routine est recommandée par les autorités américaines et plusieurs experts canadiens.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- *Bactériémie* : hémoculture.
- *Pneumonie* : radiographie pulmonaire, examen microscopique et bactériologique des expectorations (rarement possible chez les tout-petits) et hémoculture.
- *Méningite* : analyse et culture du LCR, hémoculture.
- Autres types d'atteinte : diagnostic basé sur les études bactériologiques et radiologiques.

▲ exceptionnelles

- Aucune.

Traitement

▲ spécifique

- L'antibiothérapie varie en fonction du site et de la sévérité de l'infection à traiter. Voici certaines lignes à retenir :
- *Méningite* : Céfotaxime ou ceftriaxone et vancomycine I.V. jusqu'à ce que les sensibilités soient connues.
- *Bactériémie* : en général, traitement initial avec hautes doses de Pénicilline G I.V.
- *Pneumonie* : le choix d'antibiothérapie *p. o.* ou IV dépend de la sévérité de l'atteinte.

▲ de soutien

- Hydratation, antipyrétiques, aide respiratoire si cela est nécessaire.

Particularités associées au service de garde

Le nombre de porteurs peut être élevé dans ce milieu et un plus grand pourcentage de ceux-ci sont colonisés par des souches résistantes à la pénicilline. Des éclosions d'infection plus invasive avec des souches résistantes semblent possibles.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

On doit déclarer à la Direction de la santé publique les infections envahissantes à *Streptococcus pneumoniæ*.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure l'enfant si son état général lui permet de suivre les activités.
- Contacts
  - Aucune.
  - Au besoin, remettre une lettre aux parents.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène habituelles.

Bien aérer les pièces.

Suivi

Aucun.

Lettre aux parents

Objet : Infection à pneumocoque

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Un enfant fréquentant le service de garde a une infection à pneumocoque. Le pneumocoque est une bactérie qui peut se retrouver dans le nez et la gorge des enfants et des adultes en bonne santé. Elle peut parfois causer des infections sérieuses dont la bactériémie (présence de bactéries dans le sang), la pneumonie (infection aux poumons) et la méningite (infection des enveloppes du cerveau). C'est la bactérie la plus souvent retrouvée dans l'otite. Elle peut se transmettre d'une personne infectée à une personne saine.

Deux vaccins sont disponibles pour prévenir les infections à pneumocoque, dont un qui peut être administré dès l'âge de 2 mois. Pour plus d'informations, contactez votre médecin ou votre CLSC.

Si votre enfant présente une forte fièvre, tousse et a de la difficulté à respirer, consultez le médecin ou rendez-vous au CLSC (apportez cette lettre avec vous) et prévenez le service de garde.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Information générale

Définition

La pneumonie bactérienne consiste en une infection des poumons causée par plusieurs types de bactéries. Les pneumonies bactériennes représentent environ 50 % des pneumonies pédiatriques. On peut rarement identifier avec certitude l'agent causal d'une pneumonie chez un enfant. Le médecin doit s'appuyer sur le questionnaire, l'examen physique et la radiographie pulmonaire pour déterminer la cause la plus probable.

Chez les enfants de moins de 3 ans, la bactérie la plus souvent concernée est le pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*) alors que, chez les enfants plus âgés, ce sont le *Mycoplasma pneumoniæ* et la *Chlamydia pneumoniæ* qui sont davantage impliqués. D'autres bactéries, telles que l'*Hæmophilus influenzæ*, le *Moraxella catarrhalis*, les *Staphylococcus aureus* et, rarement, la *Legionella pneumophila,* peuvent aussi être en cause. Plusieurs de ces pathogènes sont revus dans d'autres sections.

Nous traiterons ici des pneumonies bactériennes en général et des infections à *Mycoplasma pneumoniæ* et à *Legionella pneumophila*.

Tableau clinique

Les manifestations de la pneumonie bactérienne sont les suivantes : fièvre, toux avec ou sans expectoration, céphalées, douleurs thoraciques, myalgies, dyspnée et râles à l'auscultation.

Complications

La pneumonie bactérienne peut entraîner une septicémie, un abcès pulmonaire, un empyème et un décès. Ces complications sont plus fréquentes chez les personnes ayant une maladie chronique ou chez les personnes très jeunes ou très âgées.

Durée de la maladie

La durée de la pneumonie bactérienne varie selon l'agent causal.

Mode de transmission

En générale, les bactéries causant des pneumonies sont transmises par contact avec les sécrétions nasopharyngées ou les gouttelettes d'une personne infectée. Souvent, ce sont les bactéries se trouvant déjà dans le nasopharynx de l'enfant qui profitent d'une faiblesse (ex : rhume) pour causer une infection.

Mycoplasma pneumoniæ

Cette maladie se transmet par contact avec les sécrétions nasopharyngées ou les gouttelettes d'une personne infectée.

Legionella pneumophila

Cette infection se transmet surtout par les particules en suspension dans l'air provenant des systèmes de ventilation ou d'air climatisé, ou par l'eau provenant des pommes de douche contaminées. Il n'existe pas de transmission de personne à personne.

Période d'incubation

- *Mycoplasma pneumoniæ* : Elle dure de une à quatre semaines.
- *Legionella pneumophila* : Elle dure de un à dix jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dépend du pathogène impliqué. En général, la pneumonie bactérienne dure tant que la personne est symptomatique.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une pneumonie bactérienne.

Immunité

La pneumonie bactérienne confère généralement une immunité pour le type d'agent en cause. L'immunité n'est pas permanente à la suite d'une infection à *Mycoplasma pneumoniæ*.

Aucun vaccin n'est disponible pour le *Mycoplasma pneumoniæ.* Il y a deux vaccins disponibles contre le *Streptococcus pneumoniæ* (voir le chapitre sur le Pneumocoque).

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- radiographies pulmonaires, hémocultures, examen microscopiques et bactériologique des expectorations (impossible chez les tout-petits qui n'expectorent pas les sécrétions).

▲ exceptionnelles

- Sérologie pour le *Mycoplasma pneumoniæ* et le *Legionella pneumophila*
- PCR sur sécrétions nasopharyngées pour le *Mycoplasma pneumoniæ*
- Détection d'antigènes pour le *Legionella pneumophila*
- Ponction du liquide pleural
- Lavage bronchoalvéolaire

Traitement

▲ spécifique

- Le choix de l'antibiothérapie se fera en fonction du pathogène le plus probablement impliqué. La voie d'administration sera adaptée à la sévérité de la maladie. Il est à noter que les macrolides doivent être utilisés pour traiter le *Mycoplasma pneumoniæ* et le *Legionella pneumophila.*

▲ de soutien

- Hydratation, oxygène, aide respiratoire si cela est nécessaire.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Si on suspecte une infection à *Legionella,* ce qui est rare, on doit faire vérifier les systèmes de ventilation et d'humidification ainsi que le chauffe-eau.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Réintégrer l'enfant dans le service de garde dès que son état général le lui permet.
  - Habituer l'enfant à diriger son visage vers sa manche lorsqu'il tousse ou éternue pour qu'il évite de contaminer ses mains. Voir Chapitre VI « Le mouchage, l'éternuement et la toux ».
  - Apprendre à l'enfant à se moucher et à se laver les mains par la suite.
- Contacts
  - Surveiller les enfants qui présentent un état fébrile. Les diriger vers leur médecin, s'il y a lieu.
  - Au besoin, remettre une lettre aux parents.
  - Certains experts recommandent un traitement de prévention avec un macrolide pour les contacts des cas souffrant de pneumonie à *Mycoplasma pneumoniæ*. Il n'y a pas assez d'évidence pour en faire une recommandation pour l'instant, mais cette mesure pourrait être envisagée pour les contacts souffrant de maladies chroniques ou en cas d'épidémie en service de garde.

Environnement

Bien aérer et humidifier les pièces (entre 40 et 50 % d'humidité).

S'assurer de l'entretien adéquat des humidificateurs, des chauffe-eau, des climatiseurs et des pommes de douche.

Suivi

Aucun.

Lettre aux parents

Objet : Pneumonie bactérienne

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a actuellement au service de garde des enfants qui ont une pneumonie. La pneumonie est une infection aiguë qui atteint les poumons et qui est attribuable le plus souvent à la bactérie pneumocoque ou au mycoplasma. Des virus et d'autres bactéries peuvent en être la cause.

Cette maladie se caractérise par un début brutal avec de la fièvre, de la toux et un point au côté. Elle se transmet par contact avec les sécrétions d'un enfant infecté qui tousse ou éternue.

Si votre enfant souffre de ces symptômes, nous vous recommandons de consulter votre médecin ou de vous rendre à votre CLSC.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Information générale

Définition

La pneumonie virale est une infection causée le plus souvent par le virus respiratoire syncytial (VRS) durant la première année de vie. Les virus influenza, parainfluenza et adénovirus sont aussi souvent impliqués (ceux-ci sont également impliqués dans les IVRS). La varicelle et la rougeole peuvent également provoquer une pneumonie virale. Chez le nourrisson prématuré ou l'enfant immunodéficient, le cytomégalovirus peut être aussi en cause.

Pour les virus influenza, VRS, varicelle, rougeole et CMV, voir les sections correspondantes.

Tableau clinique

La pneumonie virale présente les symptômes suivants : fièvre, rhinorrhée, toux, dyspnée, douleur thoracique, frissons, céphalées, myalgies. Des manifestations gastro-intestinales peuvent accompagner le tableau respiratoire.

Complications

La pneumonie virale peut entraîner une surinfection bactérienne et une insuffisance respiratoire.

Durée de la maladie

La pneumonie virale dure de sept à dix jours.

Mode de transmission

La pneumonie virale se transmet par inhalation de gouttelettes contaminées et par contact avec des sécrétions nasopharyngées ou des objets fraîchement contaminés. La transmission du virus est fréquente, mais elle n'entraîne pas nécessairement une pneumonie.

Période d'incubation

La période d'incubation de la pneumonie virale dure de un à dix jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la pneumonie virale commence un peu avant l'apparition des symptômes et dure pendant toute la maladie.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une pneumonie virale. La maladie est plus fréquente chez les nouveau-nés et les enfants.

Immunité

La pneumonie virale confère une immunité variable selon l'agent en cause.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Examen clinique et radiographie pulmonaire.

▲ **exceptionnelles**

- Culture virale et sérologie.
- Immunofluorescence ou EIA des sécrétions nasopharyngées à la recherche de virus respiratoire et ou influenza.

Traitement

▲ **spécifique**

- Aucun pour la plupart des virus.

▲ **de soutien**

- Hydratation, aide respiratoire.
- Traitement antibiotique des surinfections bactériennes.

Particularités associées au service de garde

Certaines études ont démontré que la pneumonie virale est plus fréquente chez les enfants fréquentant un service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

On doit d'abord vérifier si un agent spécifique a été identifié. Si oui, voir la section correspondante.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Réintégrer l'enfant dans le service de garde dès que son état de santé le lui permet.
  - Habituer l'enfant à diriger son visage vers sa manche lorsqu'il tousse ou éternue pour éviter qu'il contamine ses mains. Voir Chapitre VI « Le mouchage, l'éternuement et la toux ». Apprendre à l'enfant à se moucher et à se laver les mains par la suite.
- Contacts
  - Surveiller l'apparition de symptômes compatibles avec une pneumonie virale et diriger vers un médecin ou un CLSC au besoin.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène dont la désinfection des jouets contaminés.

Bien aérer et humidifier les pièces (entre 40 et 50 % d'humidité).

Utiliser des mouchoirs de papier et les jeter après usage.

Suivi

Aucun.

Information générale

Définition

La poliomyélite consiste en une infection virale de la substance grise de la mœlle épinière causée par un poliovirus de types 1, 2 ou 3.

Tableau clinique

La poliomyélite est asymptomatique dans 95 % des cas. Elle peut présenter les symptômes suivants : fièvre, malaise général, anorexie, symptômes gastro-intestinaux, avec ou sans paralysie flasque ou signes méningés.

Complications

La poliomyélite peut entraîner les complications suivantes :

- insuffisance respiratoire ;
- myocardite ;
- séquelles paralytiques ;
- décès (2 à 10 % des cas paralytiques).

Durée de la maladie

La durée de la poliomyélite varie selon le type d'atteinte.

Mode de transmission

La poliomyélite se transmet par contact avec les sécrétions de la gorge et les selles d'une personne infectée.

Période d'incubation

La période d'incubation de la poliomyélite dure de 3 à 35 jours ; habituellement, elle dure de 7 à 21 jours pour les cas paralytiques.

Période de contagiosité

La période d'incubation de la poliomyélite est peu connue. La contagiosité maximale se situe quelques jours avant et après l'apparition des symptômes. Le virus sauvage ou vaccinal pourrait être excrété dans les selles jusqu'à six semaines après l'infection ou l'administration orale du vaccin vivant. Les patients immunosupprimés excrètent le virus dans leurs selles pendant plus de six mois.

Réceptivité

Toute personne n'ayant pas été vaccinée est susceptible de contracter la poliomyélite.

Immunité

La poliomyélite confère une immunité de longue durée spécifique au type de virus en cause. Il n'existe pas de protection croisée entre les trois types antigéniques de virus de la poliomyélite.

Une vaccination complète confère une bonne immunité (de 95 à 100 %) contre les trois types antigéniques du virus de la poliomyélite. Cette protection est durable, voire permanente.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Diagnostic présumément établi à partir du tableau clinique, confirmé par sérologie et culture virale des sécrétions pharyngées, des selles et du LCR.

▲ **exceptionnelles**

- Aucune.

Traitement

▲ **spécifique**

- Aucun.

▲ **de soutien**

- Aide respiratoire s'il y a paralysie.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Étant donné la gravité de la maladie, il faut aviser immédiatement le directeur régional de la santé publique, qui prendra les mesures appropriées.

Si rage humaine

Information générale

Définition

La rage est une maladie infectieuse aiguë et mortelle sévissant chez les mammifères, lesquels peuvent la transmettre à l'homme par morsure. Elle constitue un problème majeur dans les pays en voie de développement, causant plus de 25 000 victimes par année. Le Canada a connu, de 1970 à 2001, cinq cas de rage humaine.

Le réservoir principal du virus de la rage en Amérique du Nord se trouve parmi les animaux sauvages (ex. : chauve-souris, mouffette, raton laveur, renard). Les animaux domestiques (chien, chat, bétail) sont des hôtes accidentels, mais ils constituent un intermédiaire par lequel l'humain peut être infecté. Les derniers cas de rage humaine aux États-Unis et au Canada ont impliqué un contact avec des chauves-souris.

La concentration du virus est élevée dans les glandes salivaires, moyenne, dans le système nerveux central, faible, dans les nerfs périphériques, les organes et les muscles.

Tableau clinique

La rage atteint progressivement et rapidement le système nerveux central et se traduit par de l'anxiété, de l'hydrophobie, de la dysphagie, des convulsions et, invariablement, une progression vers la mort.

Durée de la maladie

La rage dure en moyenne sept jours. Le décès est inévitable, même avec un traitement de soutien.

Mode de transmission

La rage se transmet le plus fréquemment par morsure. Elle peut toutefois se transmettre par une exposition sans morsure, égratignure, ou abrasion : par inhalation, par injection accidentelle, d'humain à humain (greffe de cornée), lors de la dissection d'un animal infecté et par contamination à partir d'une plaie.

Note
Les morsures de chauve-souris ne sont pas toujours visibles.

Période d'incubation

La période d'incubation de la rage varie de cinq jours à un an. En moyenne, elle dure de 30 à 90 jours.

L'incubation dépend de la gravité de la blessure, du site de la morsure, de l'innervation du site infecté, de l'âge de la personne et de son état immunitaire. Dans environ 1 % des cas, l'incubation dépasserait un an.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la rage correspond à la période d'excrétion du virus dans la salive. Chez l'humain, l'intervalle entre la découverte du virus dans la salive et l'apparition des symptômes variait de 2 à 24 jours chez les cas étudiés. Chez l'animal, l'intervalle entre la présence du virus dans la salive et l'apparition des symptômes varie selon l'espèce : chat et raton laveur (1 jour), renard (5 jours), mouffette (6 jours), chien (7 jours) et chauve-souris (12 jours). La survie du virus en dehors de l'animal varie selon les conditions d'ensoleillement et d'assèchement.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la rage.

Immunité

La vaccination contre la rage confère une immunité pouvant persister au-delà de deux ans.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Tableau clinique.
- Test d'immunofluorescence direct (FA test) sur biopsie cutanée prélevée à la racine des cheveux dans le cou et sur du tissu cérébral en post-mortem.
- PCR sur larmes, liquide céphalo-rachidien et tissu cérébral.
- Sérologie IgM.

▲ **exceptionnelles**

- Aucune.

Traitement

▲ **spécifique**

- Aucun.

▲ **de soutien**

- Hydratation, aide respiratoire, myorelaxant, antipyrétiques.
- Prophylaxie post-exposition : brossage de la plaie à l'eau et au savon ; injection d'immunoglobulines antirabiques (RIG) et administration du vaccin antirabique (VCDH) selon le PIQ.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

En cas d'exposition possible au virus de la rage (ex. : morsure d'animal), on doit aviser la Direction de la santé publique ou l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) si l'animal est disponible. On doit ensuite rechercher et récupérer l'animal suspect, si possible en adoptant des mesures de précaution lors de la manipulation.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure la personne exposée.
  - Laver rigoureusement la plaie à l'eau et au savon.
  - Visiter le médecin ou le CLSC pour faire évaluer le degré d'exposition et faire administrer une prophylaxie antirabique selon le protocole provincial en vigueur (en plus, prophylaxie antitétanique et antibiothérapie, s'il y a lieu).
- Contacts
  - Aucune mesure.

Environnement

Apprendre aux enfants à éviter les contacts avec un animal sauvage, inconnu ou ayant un comportement inhabituel.

Suivi

S'assurer que l'immunisation est conforme au protocole d'intervention en vigueur pour une personne exposée au virus de la rage.

Information générale

Définition

Le rhume, l'une des infections virales aiguës des voies respiratoires supérieures la plus fréquente chez l'être humain, est causé le plus souvent par des rhinovirus, mais aussi par de nombreux autres virus : le virus respiratoire syncytial, les virus parainfluenza, les coronavirus, les adénovirus, les entérovirus et les virus influenza.

Tableau clinique

Le rhume présente les symptômes suivants : congestion des muqueuses, accès d'éternuements, rhinorrhée, larmoiement, mal de gorge, fatigue légère et, rarement, fièvre.

Complications

Le rhume peut entraîner les complications suivantes : otite moyenne aiguë, sinusite, bronchite, laryngite et, rarement, pneumonie. Il peut également y avoir surinfection bactérienne. Le rhume peut occasionner une crise d'asthme chez l'enfant asthmatique.

Durée de la maladie

Le rhume dure de deux à dix jours.

Mode de transmission

Le rhume se transmet de deux façons différentes :

- par contact avec des sécrétions provenant du nez et de la gorge de personnes infectées ou avec des gouttelettes restées en suspension dans l'air après la toux ;
- par contact avec des objets inanimés ou des mains fraîchement contaminés par des sécrétions.

Période d'incubation

La période d'incubation du rhume dure de 12 à 72 heures et, habituellement, 48 heures.

Période de contagiosité

La période de contagiosité du rhume dure de 24 heures avant le début des symptômes jusqu'à cinq jours après.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter un rhume.

Immunité

Le rhume confère une immunité variable selon le type de virus en cause. Une réinfection est toujours possible.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Tableau clinique.

▲ **exceptionnelles**

- Culture virale.

Traitement

▲ **spécifique**

- Aucun.

▲ **de soutien**

- Repos et hydratation.
- Lavage du rhinopharynx avec du soluté physiologique ou de l'eau salée. Pour dégager le nez, aspirer les sécrétions ainsi ramollies à l'aide d'une petite poire en caoutchouc. Éviter les décongestionnants oraux.
- Chez l'enfant plus âgé, on administre parfois des décongestionnants par voie nasale. Le traitement ne doit pas dépasser 48 heures, car les décongestionnants assèchent les muqueuses et leurs effets sont transitoires. Pour traiter la fièvre, il est préférable d'utiliser l'acétaminophène au lieu de l'acide acéthyl-salicylique (AAS) à cause de l'association entre l'Aspirine[MD] et le syndrome de Reye.

Particularités associées au service de garde

Les enfants en service de garde attrapent fréquemment le rhume pendant l'hiver. Cela est particulièrement vrai pour les enfants de moins de 3 ans qui en sont à leur première année de fréquentation.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure l'enfant, sauf si son état général ne lui permet pas de suivre les activités régulières.
  - Lorsque l'enfant est assez âgé, lui apprendre à se moucher. Habituer l'enfant à diriger son visage vers sa manche lorsqu'il tousse ou éternue, pour éviter qu'il contamine ses mains. (Voir Chapitre VI « Le mouchage, l'éternuement et la toux ».)
- Contact
  - Aucune mesure.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène dont le lavage des mains.

Maintenir le taux d'humidité entre 40 et 50 %.

Laver et désinfecter les jouets contaminés (avec de l'eau de Javel diluée 1 :10).

Utiliser des mouchoirs en papier et les jeter après usage.

Bien aérer les pièces.

Suivi

Aucun.

Information générale

Définition

Maladie érythémateuse causée par un agent viral de la famille des herpesviridés (HVH-6), la roséole peut survenir toute l'année, mais elle est surtout active au printemps ou à l'été.

Tableau clinique

Maladie aiguë survenant chez les jeunes enfants, la roséole se caractérise par une fièvre (> 39,5° C) persistant pendant trois à cinq jours. À la disparition de la fièvre, une éruption cutanée érythémateuse maculopapulaire localisée apparaît principalement au visage et sur le corps ; elle dure de un à deux jours.

Malgré la fièvre élevée, l'enfant conserve habituellement un bon état général. Dans certains cas, il peut présenter de l'irritabilité et un écoulement nasal. Toutefois, 70 % des personnes infectées par le virus peuvent être asymptomatiques.

Note
D'autres maladies virales peuvent présenter le même tableau clinique.

Complications

La roséole peut entraîner des convulsions pendant la période fébrile et, rarement, une encéphalite et une thrombocytopénie.

Durée de la maladie

La roséole dure de trois à sept jours.

Mode de transmission

Le mode de transmission de la roséole est mal défini. La transmission à l'enfant se fait probasblement par les sécrétions respiratoires d'un membre de la famille ou d'une personne asymptomatique et prenant soin de l'enfant.

Période d'incubation

La période d'incubation de la roséole dure de cinq à quinze jours.

Période de contagiosité

La roséole est une maladie généralement considérée comme peu contagieuse.

Réceptivité

Les enfants de 6 à 24 mois sont les plus fréquemment atteints par la roséole. L'infection s'observe rarement avant 4 mois et après 4 ans.

Les cas secondaires sont très rares, mais quelques éclosions ont été rapportées.

Immunité

La roséole confère une immunité probablement permanente.

Aucun vaccin disponible.

Méthodes diagnostiques

La roséole est une maladie difficile à diagnostiquer avant l'apparition de l'éruption érythémateuse cutanée.

▲ habituelles

- Présentation clinique, leucopénie entre le troisième et le sixième jour de la maladie.

▲ exceptionnelles

- Sérologie.
- Test amplification génique (PCR).

Traitement

▲ spécifique

- Aucun.

▲ de soutien

- Antipyrétiques s'il y a de la fièvre.

Particularités associées au service de garde

La roséole est la plus fréquente des maladies éruptives survenant chez les enfants de moins de 2 ans.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Lors de l'enquête, on doit :

- vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant ;
- s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une maladie éruptive contagieuse telle que la rougeole, la rubéole ou l'érythème infectieux (5e maladie) ;
- conclure qu'il s'agit d'une roséole seulement si la fièvre et l'éruption ne surviennent pas de façon simultanée.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure le sujet si son état de santé lui permet de participer aux activités.
- Contacts
  - Aucune mesure.

Environnement

Aucune mesure.

Suivi

Aucun.

Lettre aux parents

Objet : Roséole (exanthème subit)

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Votre enfant a été en contact, au service de garde, avec une personne qui souffre de roséole, maladie bénigne causée par un virus et généralement considérée comme peu contagieuse. Chez l'enfant malade, la roséole se manifeste par une fièvre qui dure de trois à cinq jours. Quand la fièvre disparaît, une éruption (rougeurs) apparaît au visage et sur le corps ; elle dure de un à deux jours. L'enfant présente un bon état général, mais il peut aussi être irritable et son nez peut couler. Il n'existe aucun vaccin pour prévenir cette maladie, aucun médicament et aucun traitement. Le tout rentre dans l'ordre spontanément.

Si jamais, au cours des prochains jours, votre enfant a une éruption cutanée ou de la fièvre, veuillez consulter un médecin ou vous rendre à votre CLSC pour confirmer le diagnostic (apportez cette lettre avec vous).

S'il s'agit d'une roséole, votre enfant peut continuer à fréquenter le service de garde en autant que son état lui permet de participer aux activités.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Information générale

Définition

La gastro-entérite à rotavirus est une maladie causée par le virus du même nom, dont il existe plusieurs sérotypes. Cette maladie survient de façon sporadique, habituellement pendant l'hiver. Elle s'observe surtout chez les enfants âgés de moins de 3 ans.

Tableau clinique

La gastro-entérite à rotavirus se manifeste par de la diarrhée liquide et des vomissements importants ainsi que par une faible fièvre.

Complications

La gastro-entérite à rotavirus peut entraîner une déshydratation sévère chez les jeunes enfants pouvant nécessiter l'hospitalisation dans 2,5 % des cas. Le rotavirus est responsable de 20 à 50 % des hospitalisations pour gastro-entérite chez les enfants.

Durée de la maladie

La gastro-entérite à rotavirus dure habituellement moins d'une semaine.

Mode de transmission

La plupart des gastro-entérites à rotavirus résultent d'un contact avec une personne infectée. La transmission se fait par voie fécale-orale et, possiblement, par voie respiratoire.

Le rotavirus peut survivre jusqu'à plusieurs semaines sur les objets inanimés qui peuvent devenir une source de contamination.

Période d'incubation

La période d'incubation de la gastro-entérite à rotavirus dure de 24 à 72 heures.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la gastro-entérite à rotavirus dure tant que le virus est excrété dans les selles, soit habituellement jusqu'à 12 heures après le début de la maladie.

Note
Le virus est présent dans les selles avant même le début de la diarrhée.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter le rotavirus. Après l'âge de 3 ans, presque tous les individus possèdent des anticorps contre le rotavirus, et l'infection est moins sévère.

Immunité

Le rotavirus confère une immunité qui n'empêche pas nécessairement la réinfection; celle-ci sera toutefois moins sévère ou asymptomatique.

Un vaccin a été commercialisé aux États-Unis, mais il a du être retiré du marché en raison de ses effets secondaires inacceptables. D'autres sont actuellement à l'étude.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Tableau clinique. Des tests rapides pour le diagnostic de l'infection à rotavirus sont disponibles. Le plus fréquemment utilisé est l'ELISA.

▲ **exceptionnelles**

- Microscopie électronique.

Traitement

▲ **spécifique**

- Aucun. Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués.

▲ **de soutien**

- Thérapie de remplacement hydro-électrolytique. Les solutions orales sont habituellement suffisantes. Dans les cas très sévères, on doit utiliser l'hydratation parentérale.

Particularités associées au service de garde

Le rotavirus est une cause importante de gastro-entérite en service de garde. Les enfants aux couches sont plus souvent atteints, et ils favorisent la transmission.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

On doit prendre contact avec le service de garde dès la confirmation d'un premier cas.

S'il s'agit d'un cas isolé, on peut clore l'enquête.

S'il y a plusieurs cas symptomatiques (deux cas ou plus dans un même groupe à l'intérieur d'une période de 48 heures), une visite au service de garde est souhaitable.

Si d'autres enfants ont été hospitalisés ou ont consulté un médecin pour diarrhée, on doit s'informer des résultats des analyses de selles, s'ils sont disponibles.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Exclure le sujet jusqu'à la disparition de la diarrhée.
- Contacts
  - Remettre une lettre aux parents, s'il y a lieu.
  - Considérer comme contacts les enfants du même groupe.
  - S'ils sont symptomatiques, les exclure jusqu'à la disparition de la diarrhée. Proposer une évaluation par un médecin s'ils vomissent ou si leur diarrhée est fréquente, en raison du danger de déshydratation.
  - Aucune intervention auprès des contacts asymptomatiques.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, et réviser la technique de changement de couches.

Recommander l'utilisation de couches en papier.

Laver de préférence les mains avec un gel ou une serviette de papier imbibée d'un agent contenant de l'alcool plutôt qu'avec de l'eau, du savon ou d'autres désinfectants.

Désinfecter quotidiennement le matériel utilisé par les enfants au service de garde, notamment les jouets.

Éviter que les personnes qui préparent et servent les repas changent les couches des nourrisons.

Suivi

En présence de plusieurs cas, surveiller le service de garde jusqu'à ce que tous les sujets soient redevenus asymptomatiques.

Note
On peut admettre de nouveaux enfants au service de garde, mais on doit informer les parents de la situation.

Lettre aux parents

Objet : Gastro-entérite à rotavirus

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a présentement au service de garde une épidémie de gastro-entérite à rotavirus. Cette maladie, plus fréquente chez les enfants de moins de 3 ans, peut causer de la diarrhée et des vomissements importants avec fièvre légère.

- ❑ Votre enfant ne présente pas de symptôme. S'il présentait une diarrhée accompagnée de vomissements dans les prochains jours, nous vous conseillons de consulter un médecin ou votre CLSC, d'apporter cette lettre et de prévenir le service de garde.
- ❑ Votre enfant souffre présentement de symptômes compatibles avec cette infection. Nous vous recommandons de faire évaluer son état de santé par un médecin ou votre CLSC et d'apporter cette lettre avec vous. Votre enfant pourra réintégrer le service de garde à la disparition de la diarrhée.

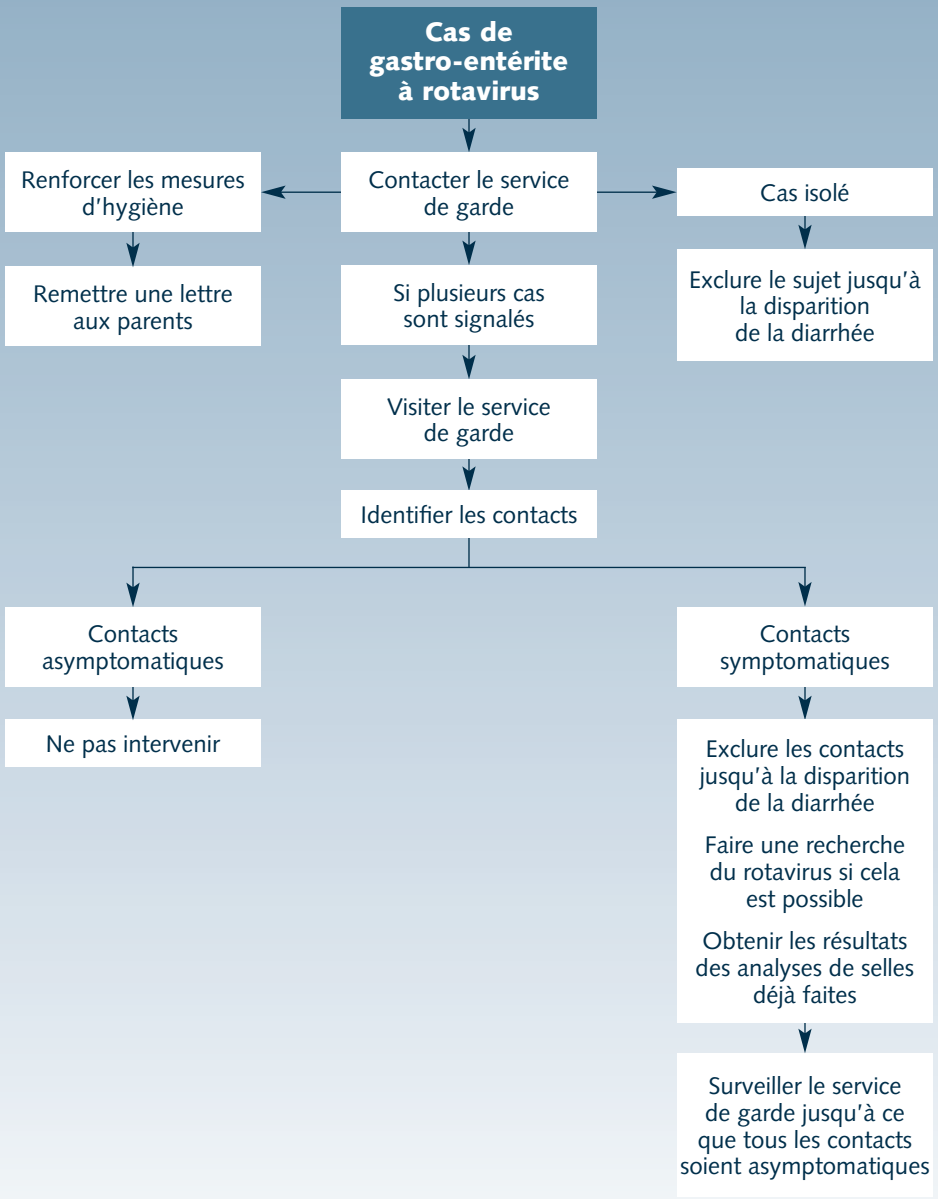
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas de gastro-entérite à rotavirus
Contacter le service de garde
Renforcer les mesures d'hygiène
Remettre une lettre aux parents
Cas isolé
Exclure le sujet jusqu'à la disparition de la diarrhée
Si plusieurs cas sont signalés
Visiter le service de garde
Identifier les contacts
Contacts asymptomatiques
Ne pas intervenir
Contacts symptomatiques
Exclure les contacts jusqu'à la disparition de la diarrhée
Faire une recherche du rotavirus si cela est possible
Obtenir les résultats des analyses de selles déjà faites
Surveiller le service de garde jusqu'à ce que tous les contacts soient asymptomatiques

Information générale

Définition

La rougéole est une infection virale aiguë très contagieuse causée par le virus du même nom, de la famille des paramyxovirus. Les éclosions ont lieu surtout en hiver ou au début du printemps. La maladie se fait maintenant rare au Québec grâce à la vaccination.

Tableau clinique

La rougeole présente les symptômes suivants : atteinte importante de l'état général, fièvre élevée, conjonctivite, photophobie, rhinorrhée, toux. À ces symptômes s'ajoute une éruption cutanée maculopapulaire débutant au visage et au cou, s'étendant au thorax et se transformant en un énanthème pathognomonique (signe de Koplik).

La maladie est en général plus sévère chez les nourrissons, les adultes et les immunosupprimés.

Complications

La rougeole peut entraîner les complications suivantes :

- otite moyenne (5 à 9 % des cas), infection pulmonaire (1 à 5 % des cas), diarrhée ;
- encéphalite (1/ 1000 cas) ;.
- panencéphalite sclérosante subaiguë (1 / 100 000 cas) ;.

Décès (1 à 2 /1000 cas au Canada).

Les complications sont plus fréquentes chez les nourrissons, les adultes, les femmes enceintes et les immunosupprimés.

Durée de la maladie

La rougeole dure de sept à dix jours.

Mode de transmission

La rougeole se transmet par contact avec des sécrétions infectées ou par inhalation de gouttelettes, restées en suspension dans l'air, provenant du nez et de la gorge des personnes infectées. Elle se transmet plus rarement par contact avec des surfaces ou des articles contaminés par des sécrétions.

Période d'incubation

La période d'incubation de la rougeole dure de huit à douze jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la rougeole dure de trois à cinq jours avant le début de l'éruption et jusqu'à quatre jours après. La contagiosité maximale est atteinte avant l'apparition de l'éruption, pendant la période catarrhale.

Réceptivité

Toute personne n'ayant pas fait la rougeole ou n'ayant pas reçu le vaccin est susceptible de l'attraper. De 5 à 15 % des personnes ayant reçu une seule dose de vaccin demeurent réceptives. Ce pourcentage tombe à moins de 1 % après une deuxième dose de vaccin.

Immunité

La rougeole confère une immunité permanente.

Le taux de séroconversion après une dose du vaccin contre la rougeole est supérieur à 85 % et dépasse 99 % après deux doses.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Tableau clinique.
- Dosage d'anticorps d'IgM spécifiques qui sont mesurables dès le quatrième jour après le début de l'exanthème.
- Dosage d'anticorps rougeole sur deux sérums prélevés à quatorze jours d'intervalle avec élévation de quatre fois le titre des anticorps entre les deux échantillons.
- En raison de la bonne couverture vaccinale au Québec, la rougeole est une maladie rare. Dans ce contexte, les tests sérologiques (IgM) manquent de spécificité. Il est acceptable de prouver l'infection par une culture virale de la gorge ou de l'urine pendant la phase éruptive.

▲ exceptionnelles

- Aucune.

Traitement

▲ spécifique

- Aucun (antibiotique s'il s'agit d'une infection bactérienne secondaire).

▲ de soutien

- Antipyrétiques ; on peut envisager de donner des suppléments de vitamine A dans certaines circonstances, en particulier dans le cas d'enfants âgés de 6 mois à 2 ans hospitalisés à cause de complications liées à la rougeole.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Le vaccin vivant contre la rougeole est contre-indiqué pour la femme enceinte.

Mesures à prendre

Enquête

On doit d'abord vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant et demander une confirmation sérologique pour le premier cas.

Note
On doit aviser le centre de prélèvement ou le médecin qu'on leur réfère un éventuel cas de rougeole, à cause des dangers de transmission dans la salle d'attente.

On doit ensuite identifier les contacts.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Exclure le sujet du service de garde jusqu'à quatre jours après le début de l'éruption.
- Contacts
  - Remettre une lettre à tous les parents dont les enfants fréquentent le service de garde.
  - Considérer comme contacts les membres de la famille du sujet, le personnel et les enfants du service de garde, en ciblant les enfants âgés de moins de 12 mois, les immunosupprimés et les femmes enceintes.
  - Vérifier l'état immunitaire des femmes enceintes. Voir le Protocole d'immunisation du Québec pour les critères de protection contre la rougeole ou de réceptivité à la maladie.
  - Administrer des Immunoglobulines IM, 0,25 ml/kg (max.: de 15 ml) le plus tôt possible (si le contact remonte à moins de sept jours) aux enfants âgés de moins de 12 mois, aux femmes enceintes réceptives et aux immunosupprimés. Pour les enfants de 6 à 12 mois, utiliser le vaccin s'il est administré dans les trois jours qui suivent le premier contact. Pour les immunosupprimés, la dose est de 0,5 ml/kg (max.: de 15 ml). La personne qui a reçu des immunoglobulines devra attendre 5 mois (si la dose est de 0,25 ml/kg) ou 6 mois (si la dose est de 0,50 ml/kg) avant de recevoir le vaccin.
  - Surveiller l'apparition des symptômes chez les contacts et les diriger vers un médecin ou le CLSC, s'il y a lieu.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène et la désinfection des jouets.

Bien aérer les pièces.

Utiliser des mouchoirs en papier et les jeter après usage.

Suivi

Assurer le suivi jusqu'à quatorze jours après l'apparition du dernier cas.

Lettre aux parents

Objet: Rougeole

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Votre enfant a été en contact avec une personne ayant la rougeole au service de garde. C'est une maladie sérieuse et très contagieuse qui peut être évitée par un vaccin.

La rougeole se manifeste par de la fièvre, la sensibilité des yeux à la lumière, un écoulement nasal et de la toux ; vient ensuite l'apparition de rougeurs au visage puis sur le corps. Ces symptômes disparaissent après une ou deux semaines. La rougeole s'accompagne souvent d'une otite, d'une pneumonie, de convulsions ou de diarrhée et, plus rarement, d'encéphalite (infection au cerveau) pouvant laisser des séquelles (surdité ou retard mental).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux recommande que tous les enfants reçoivent deux doses de vaccin contre la rougeole, une à 12 mois et une à 18 mois. Le vaccin contre la rougeole est généralement associé à ceux contre la rubéole et les oreillons.

Si votre enfant est âgé de 12 mois et plus, il est recommandé de vous assurer qu'il est adéquatement vacciné contre la rougeole. En cas de doute, informez-vous à votre médecin ou à votre CLSC.

Si votre enfant a moins de 12 mois ou s'il est immunosupprimé, il devra recevoir pour sa protection une injection d'immunoglobulines (anticorps) ou un vaccin, selon le cas.

Pour ce faire, veuillez vous adresser sans délai à :

_____

Si votre enfant, qu'il soit vacciné ou non, présente des manifestations de la maladie, veuillez prendre contact avec un médecin ou votre CLSC. Apportez cette lettre et prévenez le service de garde.

De plus, toute femme enceinte qui s'est présentée au service de garde au cours de la dernière semaine devrait consulter son médecin afin de vérifier si elle doit recevoir un traitement préventif.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Rougeole : définition

La rougeole est une maladie virale très contagieuse qui se transmet par les sécrétions du nez et de la gorge des personnes infectées. Elle s'accompagne souvent d'une otite, d'une infection pulmonaire et, dans 1 cas sur 1000, d'une complication cérébrale (encéphalite) qui cause souvent des dommages permanents au cerveau et un retard mental. La mort survient dans 1 à 2 cas sur 1000.

Immunoglobulines : définition et utilité

Les immunoglobulines sont des anticorps extraits de plusieurs donneurs. Cette immunisation est appelée passive parce qu'elle ne fait pas appel aux mécanismes de défense comme dans le cas d'une vaccination. C'est pour cette raison que la durée de protection est très limitée dans le temps. Seul le vaccin protège à long terme.

La méthode d'extraction et de préparation des immunoglobulines à partir de sang humain et leur traitement détruisent les virus qui auraient pu échapper aux tests de dépistage.

Après l'administration des immunoglobulines, il faut respecter un intervalle d'au moins cinq mois avant de recevoir le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.

On peut en effet prévenir la rougeole en administrant des immunoglobulines humaines (gammaglobulines) aux personnes qui ont été en contact avec un cas de rougeole depuis moins de sept jours. Cependant, dans la majorité des cas, on recommande d'administrer le vaccin contre la rougeole.

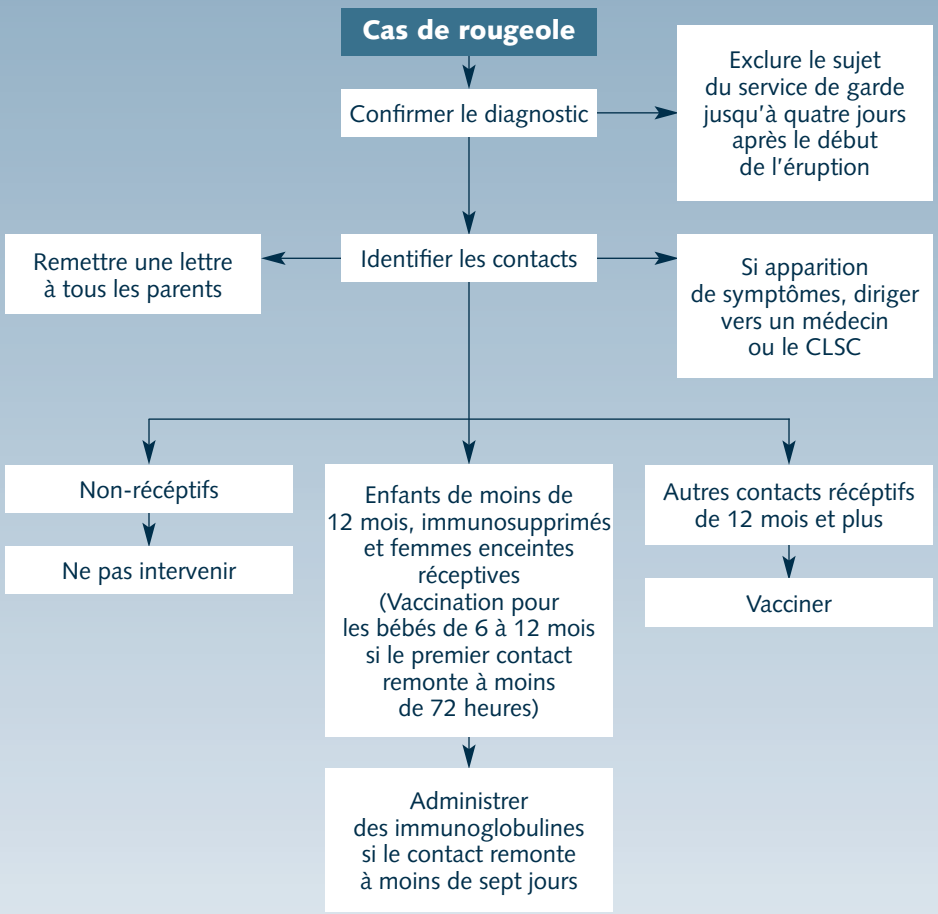
Effets secondaires possibles et conduite à suivre

1. Dans la majorité des cas, le produit ne provoque aucune réaction.
2. La personne immunisée peut présenter parfois une sensibilité, une rougeur et une raideur au point d'injection, lesquelles durent quelques heures. L'application d'une compresse humide froide réduira les symptômes.
3. Une faible fièvre ou un malaise peut se manifester occasionnellement. Il est conseillé de se reposer, de bien s'hydrater et, si la température buccale est de 38,50° C, la température rectale, de 39° C et plus, d'utiliser un médicament contre la fièvre de type acétaminophène, comme le Tylénol[MD] ou le Tempra[MD]. Il existe plusieurs autres préparations commerciales ; consultez un pharmacien pour de plus amples renseignements.

4. Les réactions allergiques sont très rares.
5. En présence de réactions importantes à la suite de l'administration du produit, consulter un médecin et aviser le vaccinateur. Au moment de la prochaine immunisation, mentionnez toute réaction survenue précédemment.

Note
Les immunoglobulines ne protègent pas à long terme contre la rougeole. Aussi, à moins de contre-indications, prenez un rendez-vous pour recevoir le vaccin contre la rougeole.

Arbre décisionnel


Cas de rougeole
Confirmer le diagnostic
Exclure le sujet du service de garde jusqu'à quatre jours après le début de l'éruption
Identifier les contacts
Remettre une lettre à tous les parents
Si apparition de symptômes, diriger vers un médecin ou le CLSC
Non-récéptifs
Ne pas intervenir
Enfants de moins de 12 mois, immunosupprimés et femmes enceintes réceptives (Vaccination pour les bébés de 6 à 12 mois si le premier contact remonte à moins de 72 heures)
Administrer des immunoglobulines si le contact remonte à moins de sept jours
Autres contacts récéptifs de 12 mois et plus
Vacciner

Information générale

Définition

La rubéole est une maladie exanthémateuse causée par le virus du même nom, un rubivirus de la famille des togavirus. Les éclosions ont lieu surtout en hiver et au printemps.

Tableau clinique

▲ Infection postnatale

- Elle est souvent asymptomatique (25 à 50 % des cas). Elle peut toutefois se traduire par les symptômes suivants : prodrome (surtout chez les adultes) : fièvre, adénopathie généralisée, conjonctivite, coryza léger ; éruption maculopapulaire débutant au visage et progressant vers le corps ; parfois arthralgie et arthrite (rare), surtout chez les adolescents et les adultes ; encéphalite (rare).

▲ Infection congénitale

- Elle peut présenter les symptômes suivants : surdité, cataracte, glaucome, malformations cardiaques et retard mental.
- Certaines manifestations peuvent n'être reconnues que quelques années après la naissance (habituellement avant l'âge de 5 ans), même s'ils sont la suite d'une infection contractée *in utero* lorsque la mère attrape la rubéole, surtout dans les vingt premières semaines de grossesse.

Complications

Pour connaître les complications liées à la rubéole, voir le tableau clinique.

Durée de la maladie

La rubéole postnatale dure environ sept jours ; la forme congénitale peut durer beaucoup plus longtemps. L'éruption peut persister de deux à cinq jours.

Mode de transmission

La rubéole se transmet par contact avec des sécrétions rhinopharyngées infectées ou de l'urine, par inhalation de gouttelettes contaminées, ainsi que par voie transplacentaire.

RUBÉOLE

Période d'incubation

La période d'incubation de la rubéole dure de 14 à 21 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la rubéole commence sept jours avant le début de l'éruption et dure jusqu'à sept jours après. Elle peut persister pendant des mois chez l'enfant atteint de rubéole congénitale, le virus étant excrété dans toutes les sécrétions corporelles jusqu'à un an après la naissance.

Réceptivité

Toute personne n'ayant pas fait la rubéole ou n'ayant pas reçu le vaccin est susceptible de l'attraper.

Immunité

La rubéole confère une immunité permanente.

La vaccination confère une immunité dans 95 % des cas. Il existe un vaccin monovalent et des vaccins combinés.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- *Rubéole postnatale*
  - Sérologie, car le diagnostic clinique est peu fiable.
  - Recherche d'IgM spécifiques mesurées dès le troisième jour après le début de l'exanthème.
  - Recherche d'anticorps antirubéoleux (deux sérums à quatorze jours d'intervalle) avec élévation de quatre fois le titre d'anticorps entre les deux échantillons.
- *Rubéole congénitale*
  - Présence d'IgM spécifiques à la naissance ou persistance des anticorps IgG au-delà de six mois de vie.

▲ exceptionnelles

- Culture du virus.

Traitement

▲ spécifique

- Aucun.

▲ de soutien

- Antipyrétiques, si le sujet a de la fièvre.

Particularités associées au service de garde

Les enfants et les adultes réceptifs du service de garde peuvent être une source de contamination pour les femmes réceptives en âge de procréer.

Particularités associées à la femme enceinte

La femme enceinte ou qui peut l'être doit être dirigée vers son médecin le plus tôt possible. Si elle contracte la rubéole durant les vingt premières semaines de sa grossesse, elle risque de donner naissance à un enfant atteint de rubéole congénitale.

Le vaccin vivant contre la rubéole est contre-indiqué pour la femme enceinte. À la femme enceinte qui refuse d'envisager l'avortement, on peut proposer l'administration d'immunoglobulines (0,55 ml/kg, max.: 20 ml), même si leur efficacité n'est pas établie. Des cas de rubéole congénitale se sont produits chez les femmes ayant reçu des immunoglobulines immédiatement après l'exposition.

Mesures à prendre

Enquête

Lors de l'enquête, on doit:

- vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant et obtenir une confirmation sérologique;
- identifier les contacts.

Note
Un enfant souffrant de rubéole congénitale ne devrait pas être placé avant l'âge de 1 an dans un service de garde où il y a des enfants non vaccinés et des femmes en âge de procréer, parce qu'il peut être contagieux.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Exclure le sujet jusqu'à sept jours après l'apparition du rash dans les cas de rubéole postnatale.
- Contacts
  - Remettre une lettre à tous les parents.
  - Considérer comme contacts toute personne ayant partagé le même local que le sujet durant sa période de contagiosité en incluant les femmes qui viennent chercher un enfant au service de garde ainsi que les membres de la famille du sujet.
  - Vérifier l'état immunitaire des contacts.
  - Faire vacciner les contacts réceptifs s'ils sont âgés de 12 mois et plus. Ne pas intervenir auprès des contacts non réceptifs.

– Surveiller l'apparition des symptômes chez les contacts et les diriger vers un médecin ou un CLSC, s'il y a lieu.
– Toute femme en âge de procréer devrait connaître son statut immunitaire face à la rubéole (dosage d'anticorps ou preuve vaccinale). En absence d'immunité, administrer le vaccin RRO si elle n'est pas enceinte.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène.

Suivi

S'assurer que les contacts réceptifs ont été vaccinés.

Lettre aux parents

Objet: Rubéole

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Votre enfant a été en contact, au service de garde, avec une personne ayant la rubéole. C'est une maladie qui peut être évitée par un vaccin.

Chez l'enfant, la rubéole se manifeste par une fièvre légère, l'enflure des glandes situées derrière les oreilles et des rougeurs apparaissant d'abord au visage puis sur le corps. Certains enfants sont peu malades et n'ont aucune rougeur. Cependant, si une femme enceinte non protégée contracte la rubéole, cela peut avoir des effets nocifs majeurs pour le bébé. Toute femme en âge de procréer doit donc s'assurer qu'elle est bien protégée, soit qu'elle ait reçu le vaccin, soit qu'on ait vérifié par une prise de sang la présence d'anticorps protecteurs.

Toute femme enceinte en contact avec la rubéole qui n'est pas protégée ou qui ignore si elle l'est doit consulter son médecin immédiatement.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux recommande que tous les enfants soient vaccinés dès l'âge de 12 mois. Le vaccin contre la rubéole est combiné à ceux contre la rougeole et les oreillons.

Nos fiches nous indiquent que :

- ❑ Votre enfant est vacciné.
- ❑ Votre enfant n'est pas vacciné. Nous vous suggérons donc de prendre contact avec votre médecin ou votre CLSC pour le faire vacciner s'il est âgé de 12 mois et plus.

Si votre enfant, qu'il soit vacciné ou non, présente une des manifestations de la maladie, veuillez prévenir le service de garde et consulter un médecin ou vous rendre à votre CLSC. Apportez cette lettre.

Nous vous recommandons également de faire vacciner les autres membres de votre famille qui ne sont pas vaccinés.

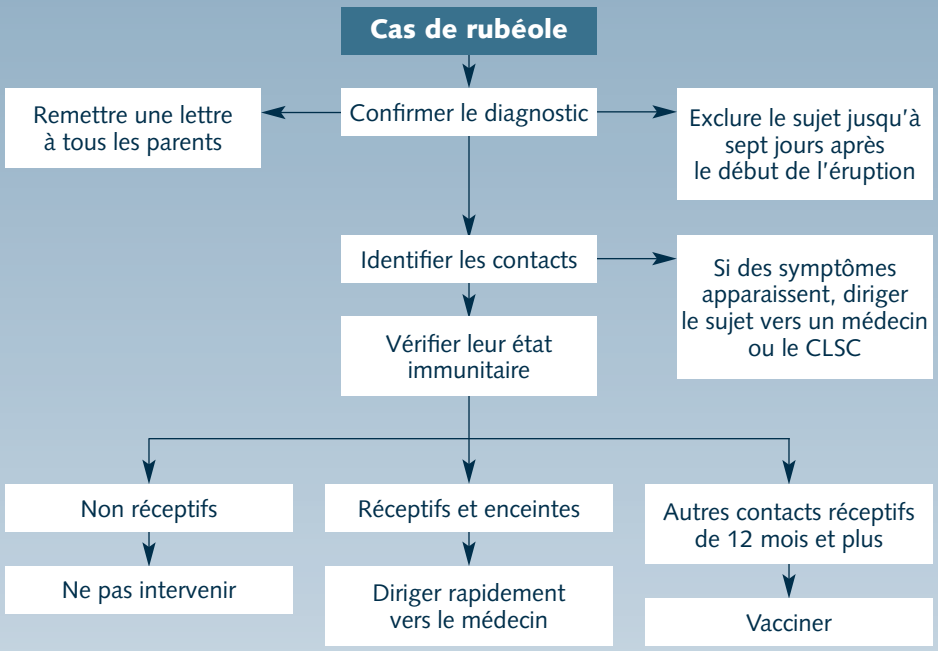
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas de rubéole
Confirmer le diagnostic
Remettre une lettre à tous les parents
Exclure le sujet jusqu'à sept jours après le début de l'éruption
Identifier les contacts
Si des symptômes apparaissent, diriger le sujet vers un médecin ou le CLSC
Vérifier leur état immunitaire
Non réceptifs
Ne pas intervenir
Réceptifs et enceintes
Diriger rapidement vers le médecin
Autres contacts réceptifs de 12 mois et plus
Vacciner

SALMONELLOSE (incluant la fièvre typhoïde)

Information générale

Définition

La salmonellose est une infection causée par une bactérie du genre *Salmonella*. Il y a de nombreux sérotypes de salmonella pathogènes chez l'homme. Les plus fréquents en Amérique sont le *S. typhimurium* et le *S. enteritidis*.

Tableau clinique

La salmonellose est une infection souvent asymptomatique. La manifestation la plus fréquente est la gastro-entérite, qui débute soudainement avec de la fièvre, des frissons et de la diarrhée accompagnée de douleurs abdominales, de nausées et, parfois, de vomissements. La diarrhée peut être sanguinolente à l'occasion.

Beaucoup plus rare, la fièvre entérique est le plus souvent associée à la *Salmonella typhi* (fièvre typhoïde) et à quelques autres souches de salmonellose. Elle se présente sous forme de fièvre, d'atteinte de l'état général, d'hépatosplénomégalie et de « rose spots », une manifestation cutanée.

Complications

La salmonellose peut entraîner les complications suivantes :

- déshydratation (parfois sévère chez les jeunes enfants) ;
- septicémie (celle-ci est constante dans la fièvre entérique.) ;
- arthrite et ostéomyélite, méningite (rares).

Les décès sont rares, mais ils surviennent parfois chez les très jeunes enfants (< 6 mois), les personnes âgées ou les personnes atteintes de maladie chronique débilitante.

Durée de la maladie

La salmonellose dure habituellement deux à cinq jours ; rarement, de dix à quatorze jours. La fièvre entérique non traitée peut persister de trois à quatre semaines.

Mode de transmission

La salmonellose se transmet de trois façons différentes :

- par l'ingestion de bactéries contenues dans des aliments contaminés (ex. : œufs crus, viandes et volailles mal cuites) ou, plus rarement, dans l'eau contaminée. (Tous les animaux peuvent être porteurs de *Salmonella*, mais seul l'homme est le réservoir de *Salmonella typhi*.) ;
- de personne à personne ;

- par des mains ou des objets contaminés et par les selles d'humains ou d'animaux infectés.

Période d'incubation

La période d'incubation de la salmonellose dure de 6 à 72 heures, habituellement, de 12 à 36 heures. Pour la fièvre entérique, la période d'incubation peut aller de 3 à 60 jours, mais elle dure habituellement de 7 à 14 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la salmonellose dure tant que le micro-organisme est présent dans les selles, c'est-à-dire de plusieurs jours à plusieurs semaines (rarement plus de six semaines après la gastro-entérite). Cependant un état de porteur peut persister plusieurs mois, surtout chez les jeunes enfants. On appelle porteurs chroniques ceux chez qui l'infection dure plus d'un an. Les antibiotiques peuvent prolonger la période d'excrétion du micro-organisme dans les selles.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une salmonellose, mais l'infection est plus fréquente chez les jeunes enfants (< 5 ans), les personnes âgées, les gastrectomisés, les personnes souffrant d'asplénie fonctionnelle ou anatomique et les autres immunosupprimés.

Immunité

La salmonellose ne confère pas d'immunité.

Un vaccin est disponible contre le *Salmonella typhi* avec une efficacité d'environ 70 %.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Culture des selles, hémocultures.

▲ exceptionnelles

- Ponction de moëlle pour culture.

Traitement

▲ spécifique

- Dans le cas de gastro-entérites, ne pas donner d'antibiotique, sauf aux patients plus susceptibles de faire une bactériémie (ex. : enfant de moins de 3 mois, enfant avec atteinte importante de l'état général ou en déficit immunitaire). À noter que l'antibiothérapie ne diminue pas la durée de la diarrhée et prolonge même l'état de porteur du micro-organisme dans les selles.
- En cas de maladie sévère (ex. : fièvre typhoïde, septicémie), administrer les médicaments suivants : chloramphénicol, TMP-SMX, ampicilline, amoxicilline, cefotaxime ou ceftriaxone.

▲ **de soutien**

- Réhydratation.
- Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués.

Particularités associées au service de garde

L'nfection est fréquente chez les jeunes enfants. Les porteurs asymptomatiques sont un réservoir important d'infection, surtout chez les jeunes enfants.

Les épidémies à *Salmonella* sont rares en service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

On doit d'abord prendre contact avec le service de garde dès la confirmation d'un premier cas. S'il s'agit d'un cas isolé, on peut clore l'enquête.

S'il y a plusieurs cas symptomatiques (deux cas ou plus dans un même groupe à l'intérieur de 48 heures), une visite au service de garde serait souhaitable.

Si d'autres enfants ont été hospitalisés ou ont consulté un médecin pour une diarrhée, on doit s'informer des résultats des cultures, s'ils sont disponibles.

On doit également :

- identifier les contacts ;
- vérifier si une source de contagion alimentaire commune peut être suspectée et, si oui, consulter la section « Intoxication alimentaire » ;
- vérifier s'il y a un lien entre l'infection et un animal présent au service de garde (ex. : tortue) et, si tel est le cas, obtenir des cultures appropriées (ex. : eau de l'aquarium), car l'eau des aquariums est fréquemment colonisée par la salmonella.

Note
S'il s'agit d'un cas de *Salmonella typhi*, on doit aviser immédiatement la Direction de la santé publique.

Mesures de contrôle

▲ **Infection à *Salmonella* autre que *S. typhi***

- Sujet
  - Exclure le sujet symptomatique jusqu'à la disparition des symptômes.
  - Si le sujet est manipulateur d'aliments, il peut réintégrer le service de garde à la disparition des symptômes si les mesures d'hygiène recommandées sont bien suivies.
- Contacts
  - Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe que le sujet, ainsi que les membres de la famille de ce dernier.

– Remettre une lettre aux parents des enfants considérés comme contacts.
– Exclure les cas symptomatiques jusqu'à la fin de symptômes.
– Faire une culture de selles chez quelques contacts symptomatiques si le nombre de cas secondaires de diarrhée est inhabituel.
– Si la culture est positive, voir la rubrique « Sujet ».
– Si la culture est négative, appliquer les mesures de contrôle décrites à la section « Diarrhée ».
– Surveiller les cas asymptomatiques.

▲ *Salmonella typhi*

- Sujet
  – Exclure le sujet jusqu'à l'obtention de résultats négatifs de trois cultures de selles prélevées à 24 heures d'intervalle. Le premier prélèvement doit être fait 48 heures après la fin de l'antibiothérapie.
- Contacts
  – Considérer comme contacts les enfants et le personnel du service de garde.
  – Remettre une lettre à tous les parents.
  – S'ils sont symptomatiques, les exclure jusqu'à l'obtention du résultat des cultures et jusqu'à la disparition des symptômes.
  – Si la source de l'infection du sujet provient du milieu de garde, une culture de selles des enfants et du personnel peut être indiquée pour l'investigation.
  – Si la culture est positive, voir la rubrique « Sujet ».

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, et réviser la technique de changement de couches. Recommander l'utilisation de couches en papier.

Désinfecter quotidiennement le matériel utilisé par les enfants au service de garde, notamment les jouets.

Interdire aux personnes qui préparent et servent les repas de changer les couches des nourrissons.

Suivi

Exclure tout nouveau cas symptomatique. Voir la section « *Diarrhée* ».

Continuer d'admettre des enfants s'il s'agit d'un *Salmonella* autre que *S. typhi*.

Note
S'il s'agit d'un cas de *Salmonella typhi*, attendre l'accord de la Direction de la santé publique pour toute nouvelle admission.

Lettre aux parents

Objet : Infection à *Salmonella*

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Présentement, il y a au service de garde une personne qui présente une salmonellose ou infection à *Salmonella*. Cette infection, causée par une bactérie, débute soudainement par de la fièvre, de la diarrhée, des douleurs abdominales, des nausées et, parfois, du sang dans les selles. Certaines personnes peuvent cependant être porteuses de la bactérie sans présenter de symptômes.

La maladie peut se transmettre d'une personne à une autre, par l'eau, les aliments, ou les mains et les objets contaminés (jouets), particulièrement lorsqu'il y a des cas de diarrhée. La présence d'enfants aux couches favorise la transmission, car ces enfants n'ont pas encore acquis les habitudes d'hygiène et ont l'habitude de porter des objets à leur bouche. Certains animaux peuvent aussi être porteurs de l'organisme en cause et le transmettre aux humains (ex. : tortues).

Le traitement consiste à réhydrater (faire boire beaucoup) l'enfant. Il n'est pas toujours utile d'administrer des antibiotiques.

❑ Votre enfant présente des symptômes. Nous vous demandons de le garder à la maison et de nous fournir un prélèvement de ses selles pour analyse. Veuillez retourner le prélèvement à :

_____

Si votre enfant présente des symptômes dans les jours qui viennent, nous vous demandons de le garder à la maison et d'entrer en contact avec :

_____

Nous donnerons ultérieurement d'autres recommandations, s'il y a lieu.

Merci de votre collaboration.

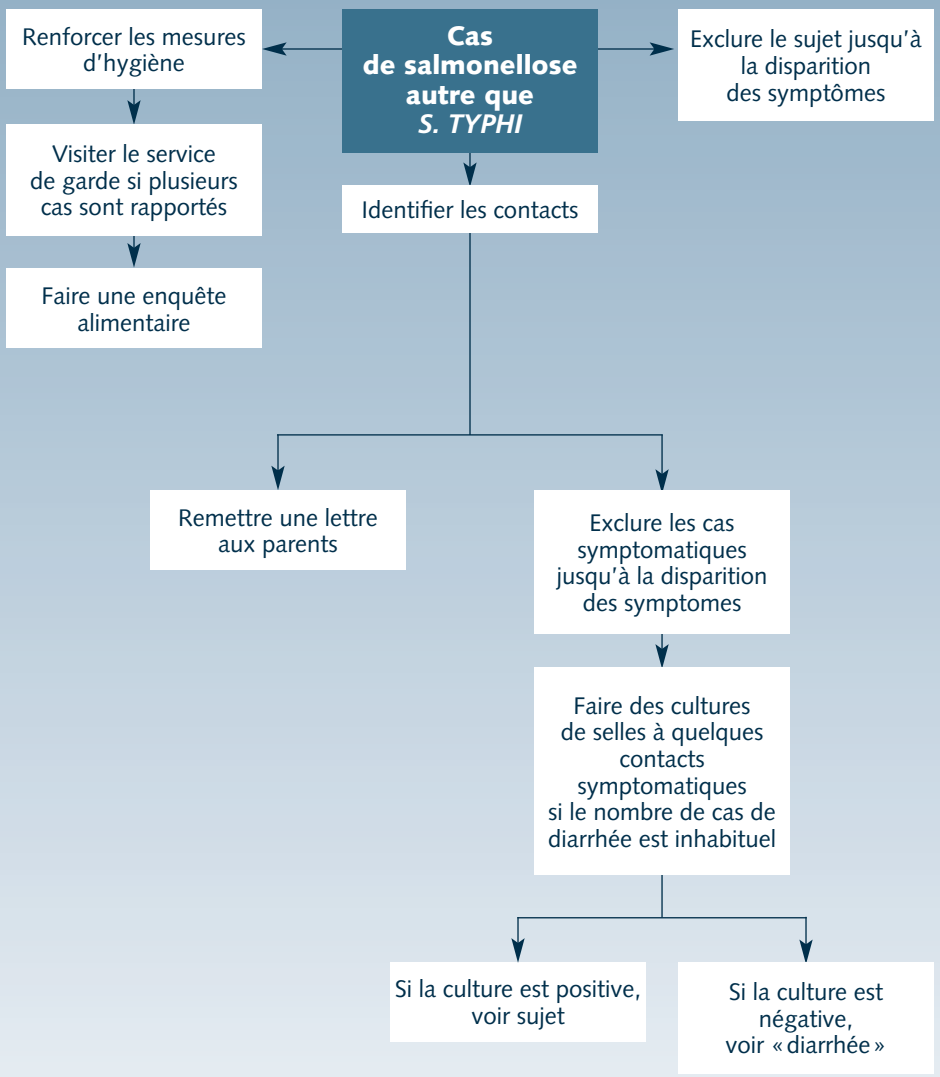
Nom : _____

(en lettres moulées)

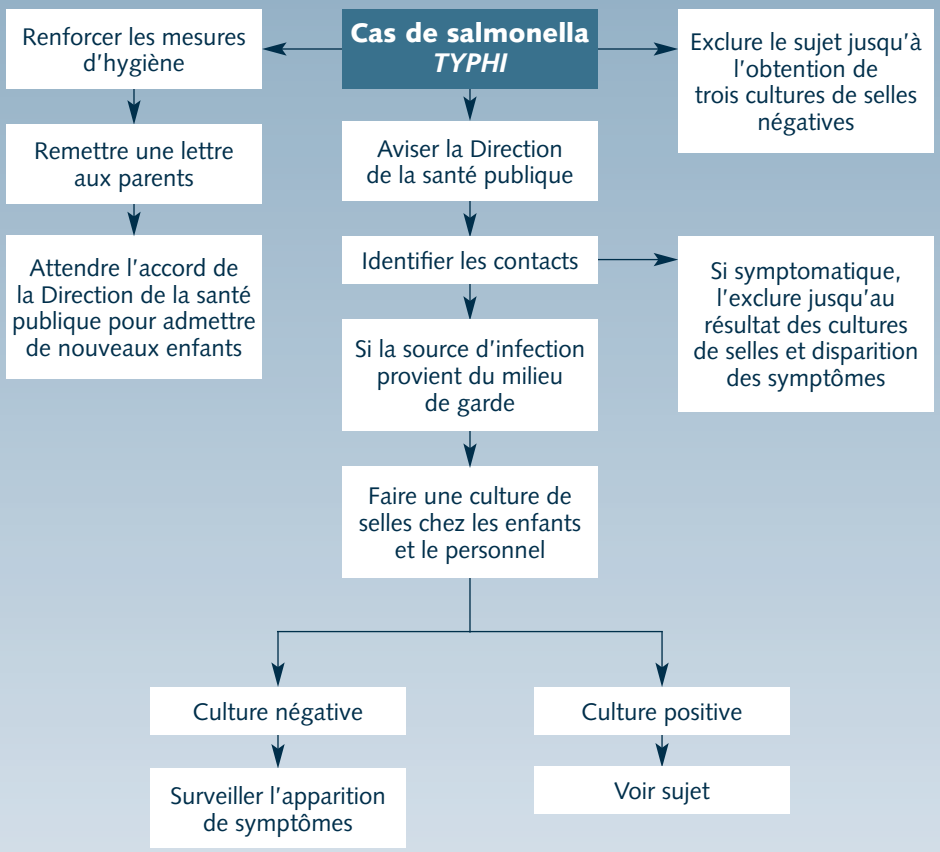
Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas de salmonellose autre que *S. TYPHI*
Renforcer les mesures d'hygiène
Visiter le service de garde si plusieurs cas sont rapportés
Faire une enquête alimentaire
Exclure le sujet jusqu'à la disparition des symptômes
Identifier les contacts
Remettre une lettre aux parents
Exclure les cas symptomatiques jusqu'à la disparition des symptomes
Faire des cultures de selles à quelques contacts symptomatiques si le nombre de cas de diarrhée est inhabituel
Si la culture est positive, voir sujet
Si la culture est négative, voir « diarrhée »

Arbre décisionnel


Cas de salmonella *TYPHI*
Renforcer les mesures d'hygiène
Remettre une lettre aux parents
Attendre l'accord de la Direction de la santé publique pour admettre de nouveaux enfants
Exclure le sujet jusqu'à l'obtention de trois cultures de selles négatives
Aviser la Direction de la santé publique
Identifier les contacts
Si symptomatique, l'exclure jusqu'au résultat des cultures de selles et disparition des symptômes
Si la source d'infection provient du milieu de garde
Faire une culture de selles chez les enfants et le personnel
Culture négative
Surveiller l'apparition de symptômes
Culture positive
Voir sujet

Information générale

Définition

La shigellose est une infection causée par une bactérie du genre *Shigella*. Il en existe quatre espèces : *S. sonnei* (le plus fréquent), *S. flexneri, S. dysenteriae* et *S. boydii*.

Tableau clinique

La shigellose se manifeste par une diarrhée accompagnée de fièvre et de crampes intestinales. Dans les cas sévères, les selles peuvent contenir du sang, du mucus ou du pus.

Complications

La shigellose peut entraîner les complications suivantes :

- déshydratation suivie de désordres électrolytiques pouvant entraîner le décès ;
- convulsions ;
- syndrome hémolytique-urémique.

Durée de la maladie

La shigellose dure de quelques jours à quelques semaines ; en moyenne, elle dure de quatre à sept jours.

Mode de transmission

par ingestion de micro-organismes contenus dans l'eau ou dans les aliments contaminés, ainsi que de personne à personne (par des mains contaminées).

Il s'agit d'une maladie très contagieuse ; un faible inoculum de bactéries suffit à transmettre la maladie.

L'être humain en est le seul réservoir.

Période d'incubation

La période d'incubation de la shigellose dure de un à sept jours ; habituellement, de un à trois jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de la shigellose dure tant que la bactérie est présente dans les selles. Habituellement, la bactérie est complètement éliminée à l'intérieur de quatre semaines suivant la maladie. L'antibiothérapie diminue la période d'excrétion dans les selles.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une shigellose.

Immunité

Des données épidémiologiques suggèrent qu'une infection antérieure à *Shigella* confère un certain degré de protection contre une maladie subséquente avec des organismes du même type.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Culture de selles.

▲ exceptionnelles

- Aucune.

Traitement

▲ spécifique

- Les souches résistantes aux antibiotiques sont fréquentes. Pour les souches sensibles, l'ampicilline, 50-100 mg/kg/24 h, divisés en 4 doses, ou TMP-SMX (8 mg de TMP et 40 mg de sulfa /kg/24 h), divisés en 2 doses, sont efficaces. Selon le résultat de l'antibiogramme, on pourrait aussi utiliser la ceftriaxone, le céfotaxime et les quinolones. Les quinolones ne sont pas recommandées pour les moins de 18 ans. Ces dernières, ainsi que TMP-SMX, ne doivent pas non plus être utilisés pour les femmes enceintes. La durée de l'antibiothérapie est de cinq jours.

▲ de soutien

- Réhydratation et correction du déséquilibre électrolytique, s'il y a lieu.
- Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués. Ils ont pour effet de prolonger la durée de la maladie et l'excrétion de la bactérie.

Particularités associées au service de garde

La shigellose est surtout fréquente et plus sévère chez les enfants de un à cinq ans.

La transmission de personne à personne est fréquente en service de garde.

Le taux d'attaque est très élevé lorsqu'une éclosion survient dans ce milieu, surtout chez les enfants aux couches.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

On doit visiter le service de garde dès qu'un cas est déclaré et identifier les contacts. On doit également vérifier si une source de contagion alimentaire commune peut être suspectée et, si oui, consulter la section « Intoxication alimentaire ».

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Exclure le sujet du service de garde jusqu'à la disparition de la diarrhée et jusqu'à ce que 2 cultures de selles prélevées à 24 heures d'intervalle se soient révélées négatives (les faire 48 heures après la fin du traitement). La mise en place d'une cohorte pourrait permettre le retour des cas traités devenus asymptomatiques.
  - Pour les sujets qui demeurent positifs après un premier traitement, tenter un deuxième traitement avec un antibiotique différent auquel le micro-organisme est sensible.
- Contacts
  - Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe que le sujet ou de tout autre groupe où l'on a noté un nombre accru de cas de diarrhée, ainsi que les membres de la famille du sujet. Remettre une lettre à tous les parents des contacts et au personnel identifiés comme contacts.
  - Faire une culture à tous les contacts symptomatiques et les exclure jusqu'à l'obtention des résultats des cultures de selles.
  - Si la culture est positive, prendre les mêmes mesures que pour le sujet ;
  - Si la culture est négative, voir la section « *Diarrhée* ».
  - Les cas asymptomatiques doivent être surveillés.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, et réviser la technique de changement de couches. Recommander l'utilisation de couches en papier.

Les membres du personnel s'occupant des enfants aux couches ne doivent pas préparer, ni servir les aliments.

Désinfecter quotidiennement le matériel utilisé par les enfants au service de garde, notamment les jouets.

Suivi

Faire systématiquement une culture de selles lors de tout nouveau cas de diarrhée se présentant pendant la période épidémique.

S'il y a eu formation d'une cohorte, permettre aux enfants de la quitter après l'obtention de deux cultures négatives prélevées à 24 heures d'intervalle.

Ne pas admettre de nouveaux enfants tant que l'épidémie persiste.

Considérer l'éclosion comme étant terminée s'il n'y a pas eu de nouveaux sujets symptomatiques pendant une période de quatorze jours.

Lettre aux parents

Objet : Shigellose

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Présentement, il y a au service de garde une personne souffrant de shigellose. Cette maladie est causée par une bactérie et se manifeste par des diarrhées abondantes et fréquentes, accompagnées parfois de sang, de mucus ou de pus dans les selles, de fièvre et de crampes abdominales.

La maladie est très contagieuse et se transmet d'une personne à une autre par l'eau, les mains, les aliments ou les objets contaminés (ex. : jouets). La transmission est favorisée par la présence d'enfants aux couches parce que ces derniers n'ont pas acquis d'habitudes d'hygiène à cet âge et qu'ils ont l'habitude de porter des objets à leur bouche. Le traitement consiste à réhydrater (faire boire beaucoup) l'enfant et à administrer des antibiotiques.

❑ Votre enfant présente des symptômes. Nous vous demandons de le garder à la maison et de fournir un échantillon de ses selles pour analyse. Veuillez retourner les prélèvements à :

_____

❑ Si votre enfant présente des symptômes au cours des prochains jours, nous vous demandons de le garder à la maison et de prendre contact avec :

_____

Nous vous informerons ultérieurement des autres mesures à prendre, s'il y a lieu.

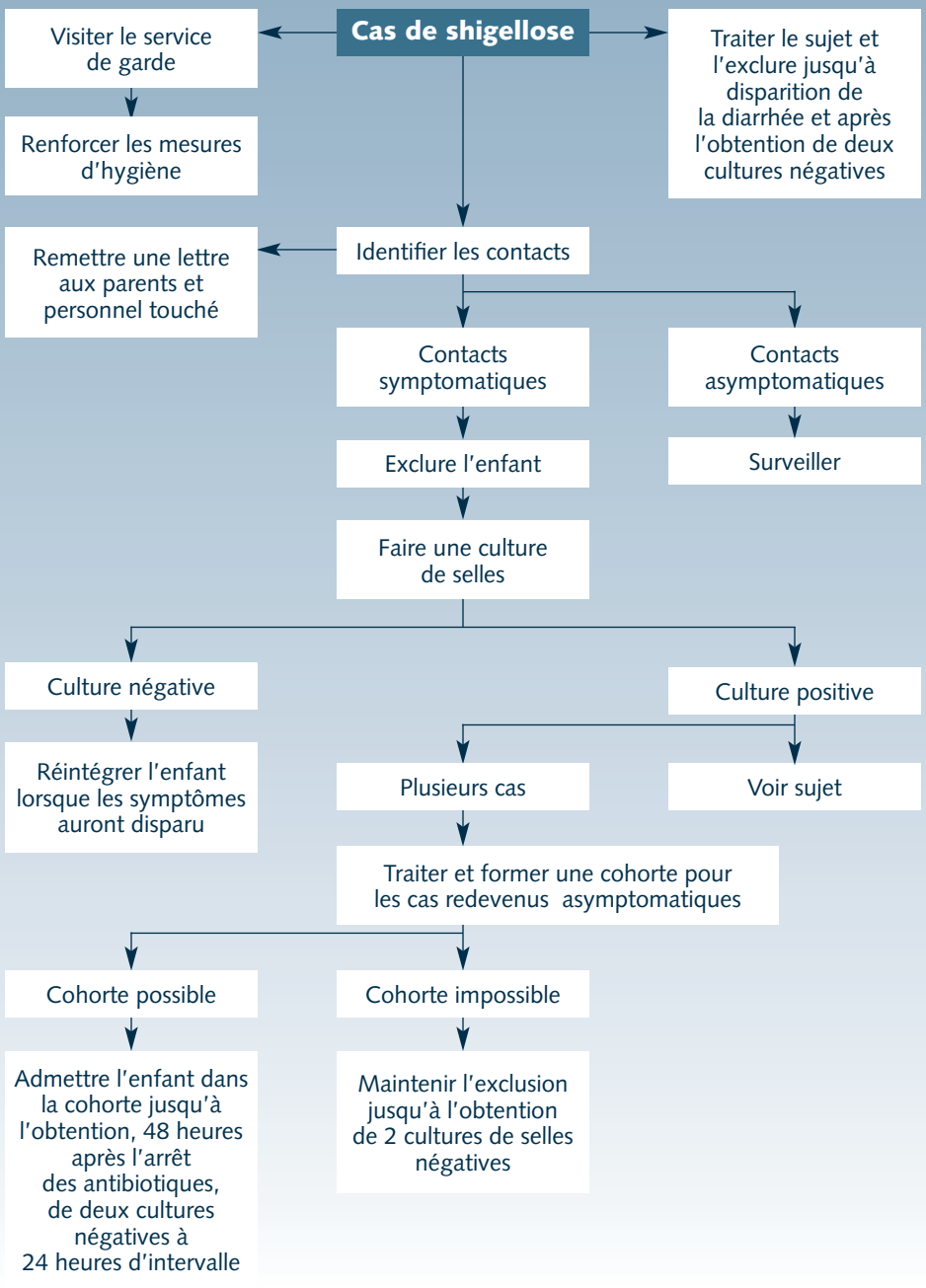
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas de shigellose
Visiter le service de garde
Renforcer les mesures d'hygiène
Traiter le sujet et l'exclure jusqu'à disparition de la diarrhée et après l'obtention de deux cultures négatives
Remettre une lettre aux parents et personnel touché
Identifier les contacts
Contacts symptomatiques
Contacts asymptomatiques
Exclure l'enfant
Surveiller
Faire une culture de selles
Culture négative
Culture positive
Réintégrer l'enfant lorsque les symptômes auront disparu
Plusieurs cas
Voir sujet
Traiter et former une cohorte pour les cas redevenus asymptomatiques
Cohorte possible
Cohorte impossible
Admettre l'enfant dans la cohorte jusqu'à l'obtention, 48 heures après l'arrêt des antibiotiques, de deux cultures négatives à 24 heures d'intervalle
Maintenir l'exclusion jusqu'à l'obtention de 2 cultures de selles négatives

STREPTOCOQUE ß-HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A (infection envahissante à)

Information générale

Définition

L'infection à *Streptocoque ß-hémolytique* du groupe A est une infection sévère causée par la bactérie du même nom se manifestant par une infection localisée (ex. : fasciite ou myosite nécrosante, méningite, pneumonie, etc.), une bactériémie ou un choc toxique. Ces infections sévères sont rares et surviennent avec une fréquence estimée à environ 2 cas par 100 000 habitants.

L'infection envahissante est associée à certaines souches de *Streptocoque ß-hémolytique* du groupe A, dont les souches du sérotype M1. Elle survient surtout chez les très jeunes enfants et les personnes âgées.

Chez les enfants, la varicelle est le facteur de risque le plus souvent identifié. En effet, 7 à 12 % des cas d'infections envahissantes surviennent chez des enfants atteints de varicelle. Cependant, des taux plus élevés allant jusqu'à 50 % ont été rapportés.

Tableau clinique

Les manifestations cliniques de l'infection envahissante à *Streptocoque ß-hémolytique* du groupe A sont sévères. Un choc toxique (hypotension, coagulopathie, insuffisance rénale) peut survenir.

▲ Fasciite ou myosite nécrosante

- La fasciite est l'infection de la gaine musculaire tandis que la myosite est l'infection du muscle lui-même. Le tableau clinique est le suivant : fièvre, malaise général, bleuissement cutané, apparition de bulles, inflammation cutanée sévère qui se répand rapidement à une vitesse pouvant atteindre trois centimètres à l'heure, douleur musculaire importante.

▲ Autres infections envahissantes

- Les autres infections envahissantes se traduisent par de la fièvre et des manifestations variant selon le site atteint.

Complications

L'infection envahissante à *Streptocoque ß-hémolytique* du groupe A peut entraîner la mort dans 15 à 25 % des cas avec maladies envahissantes sévères, et jusqu'à 50 % pour certaines manifestations telles la myosite ou la fasciite avec choc toxique.

STREPTOCOQUE ß-HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A (infection envahissante à)

Durée de la maladie

La durée de l'infection envahissante à *Streptocoque ß-hémolytique* du groupe A varie selon la réponse au traitement.

Mode de transmission

L'infection se transmet par des sécrétions respiratoires infectées ou par contact avec une lésion infectée.

Période d'incubation

La période d'incubation des infections envahissantes à *Streptocoque ß-hémolytique* du groupe A n'est pas clairement définie. Les cas secondaires apparaissent à l'intérieur de un à quatorze jours. Cependant, la majorité surviennent en moins de sept jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'infection envahissante à *Streptocoque ß-hémolytique* du groupe A commence sept jours avant le début des symptômes. La contagiosité maximale est atteinte durant la phase aiguë de la maladie et elle dure jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une infection envahissante à *Streptocoque ß-hémolytique* du groupe A.

Immunité

L'infection à *streptocoque ß-hémolytique* du groupe A confère une immunité seulement contre le type en cause.

Aucun vaccin n'est disponible. En revanche, le vaccin contre la varicelle diminue les cas d'infections envahissantes à *Streptocoque B-hémolytique* du groupe A survenant chez les enfants.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Isolement de la bactérie dans le sang ou une région infectée et signes de choc toxique ou d'infection sévère.

▲ exceptionnelles

- Tomodensitométrie et résonnance magnétique pour le diagnostic d'une fasciite ou d'une myosite nécrosante.

Traitement

▲ **spécifique**

- Antibiothérapie avec pénicilline à 250 000 U/kg/24 h, et clindamycine, 20 à 30 mg/kg/24 h, I.V. divisé en 3 doses.
- Considérer les immunoglobuline IV.
- Effectuer un débridement chirurgical si cela est nécessaire.

▲ **de soutien**

- Traitement de l'état de choc.

prophylactique

- Le premier choix devrait être la céphalexine (Kéflex[MD]) pendant 10 jours ;
  - Adulte : 500 mg, *p. o.*, 4 doses quotidiennes ;
  - Enfant : 25 à 50 mg/kg/24 h, *p. o.*, divisés en 3 ou 4 doses quotidiennes ;
- Le second choix pourrait être la pénicilline V pendant 10 jours ;
  - Adulte : 300 mg, *p. o.*, 4 doses quotidiennes ;
  - Enfant : 25 000 à 50 000 unités/kg/24 h, divisés en 3 ou 4 doses ;
- Ou encore, l'érythromycine pendant 10 jours ;
  - Adulte : 500 mg, *p. o.*, 4 doses quotidiennes ;
  - Enfant : 30 à 50 mg/kg/24 h, *p. o.*, divisés en 3 ou 4 doses.
  - D'autres céphalosporines peuvent aussi être utilisées.

Particularités associées au service de garde

Un sujet et un cas secondaire d'infection envahissante à streptocoque du groupe A ont été rapportés au Québec en 1995, dans un milieu de garde familial. Les deux personnes étaient atteintes de varicelle.

Une étude en service de garde a montré que jusqu'à 38 % des contacts partageant la même pièce qu'un cas de maladie envahissante à streptocoque du groupe A étaient porteurs de streptocoque dans la gorge. Plusieurs des contacts ayant eu une culture positive ont reçu une chimioprophylaxie. Aucun cas secondaire d'infection envahissante à streptocoque du groupe A n'a été observé parmi les contacts. Le taux d'enfants porteurs était plus élevé dans le même groupe que le premier cas, et il augmentait avec le nombre d'heures hebdomadaires passées au service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Lors de l'enquête, on doit :

- vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant et s'assurer qu'il correspond à la définition nosologique d'une infection envahissante à *Streptocoque ß-hémolytique* du groupe A ;
- vérifier s'il s'agit d'un cas avec manifestations envahissantes très sévères ou comportant d'emblée un degré de contagiosité plus élevé, soit les cas décédés d'une infection envahissante, ceux ayant souffert d'une infection envahissante avec choc toxique ou les cas confirmés de pneumonie, de myosite ou de fasciite nécrosante ;
- identifier les contacts.

Mesures à prendre

- Sujet
  - Exclure le sujet jusqu'à ce que son état général lui permette de réintégrer le service de garde et, au plus tôt, 24 heures après le début du traitement antibiotique.
- Contacts
  - Remettre une lettre aux parents des contacts.
  - En *milieu de garde familial*, considérer comme contacts les personnes de la maison et les enfants fréquentant ce milieu.
  - Dans un *centre de la petite enfance*, considérer comme contacts les personnes qui ont été en contact avec le sujet pendant au moins quatre heures par jour, et ce, durant au moins cinq des sept jours précédant l'apparition des symptômes chez le sujet. En général, ces contacts appartiennent au même groupe que le sujet.
- En *l'absence de cas de varicelle* ;
  - En *milieu de garde familial* ; il est recommandé d'administrer une antibioprophylaxie à toutes les personnes considérées comme contacts en milieu de garde familial s'il s'agit d'un cas avec manifestations envahissantes très sévères ou comportant d'emblée un degré de contagiosité plus élevé, tel que défini ci-dessus.
  - Dans un *centre de la petite enfance*, il n'est pas suggéré d'administrer une antibioprophylaxie aux contacts, sauf s'il s'agit d'un cas de pneumonie.
- En *présence de cas de varicelle* ;
  - En raison de l'association entre la varicelle et l'infection envahissante à streptocoque du groupe A, il est suggéré d'administrer une antibioprophylaxie aux contacts lorsqu'il y a eu un cas de varicelle ou plus dans le milieu de garde familial ou le CPE dans les trois semaines précédant l'apparition des symptômes chez le sujet ou dans les dix jours qui les suivent. Dans cette situation, il est plus prudent d'offrir l'antibioprophylaxie à tous les contacts d'un cas d'infection envahissante à

Streptocoque ß-hémolytique du groupe A, même s'il ne s'agit pas d'un cas avec manifestations envahissantes très sévères ou comportant d'emblée un degré de contagiosité plus élevé.

– L'antibioprophylaxie doit être commencée le plus rapidement possible et, préférablement, dans les 24 heures suivant le diagnostic de la maladie envahissante chez le sujet.

Note
Noter que les données sur le risque d'infection secondaires parmi les contacts (dont ceux en service de garde) sont limitées et que l'efficacité de la prophylaxie est inconnue. Ces recommandations pourront être modifiées dans le futur à la lumière de nouvelles données. Se référer au protocole provincial existant pour toute mise à jour.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène.

Suivi

Surveiller l'apparition des symptômes chez les contacts et diriger vers un médecin ou le CLSC ceux qui présentent des symptômes compatibles avec une infection à *Streptocoque B-hémolytique du groupe A* (fièvre, pharyngite, pneumonie, cellulite, etc.).

Lettre aux parents

Service de garde en milieu familial
Objet : Infection envahissante à Streptocoque ß-hémolytique du groupe A

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Une personne du service de garde est actuellement atteinte d'une infection sévère à *Streptocoque ß-hémolytique du groupe A*. Cette maladie, rare chez les enfants, se manifeste, entre autres symptômes, par de la fièvre, un malaise général, un mal de gorge, des maux de tête et une infection cutanée avec douleur importante. Le traitement, qui consiste principalement en l'administration d'antibiotiques, doit être instauré rapidement.

Rarement, des cas secondaires peuvent survenir parmi les personnes en contact étroit et régulier avec le malade. Si ces personnes ont la varicelle, cela augmente le risque de contracter la maladie. En milieu de garde familial, il est recommandé d'administrer des antibiotiques de façon préventive aux personnes en contact avec le cas d'infection sévère à streptocoque. Nous recommandons donc à votre enfant de recevoir un traitement antibiotique, puisqu'il a été en contact régulier avec la personne malade. Afin de recevoir la prescription, veuillez prendre contact avec :

_____

Si votre enfant présente de la fièvre, des maux de gorge ou de tête, un malaise général ou une infection cutanée avec douleur sévère, consultez rapidement un médecin ou rendez-vous à votre CLSC et avisez le milieu de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Lettre aux parents

Service de garde en CPE ou garderie
Objet : Infection envahissante à Streptocoque ß-hémolytique du groupe A

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Une personne du service de garde est actuellement atteinte d'une infection sévère à *Streptocoque ß-hémolytique du groupe A*. Cette maladie, rare chez les enfants, se manifeste entre autres symptômes, par de la fièvre, un malaise général, un mal de gorge, des maux de tête et une infection cutanée avec douleur importante. Le traitement, qui consiste principalement en l'administration d'antibiotiques, doit être instauré rapidement.

Rarement, des cas secondaires peuvent survenir parmi les personnes en contact étroit et régulier avec le malade. Si ces personnes ont la varicelle, elles courent plus de risque de contracter la maladie. En service de garde en CPE ou en garderie, il est recommandé d'administrer des antibiotiques de façon préventive aux personnes en contact avec le cas d'infection sévère à streptocoque, s'il y a des cas de varicelle au service de garde ou qu'il s'agit d'un cas de pneumonie pouvant être très contagieux.

❑ Votre enfant doit recevoir un traitement antibiotique, puisqu'il a été en contact régulier avec la personne malade et qu'il y a des cas de varicelle au service de garde ou un cas de pneumonie pouvant être très contagieux.

Afin de recevoir votre prescription, veuillez prendre contact avec :

_____

❑ Votre enfant a été en contact avec la personne malade, mais il n'a pas besoin de traitement antibiotique, puisqu'il n'y a pas de cas de varicelle au service de garde en ce moment et qu'il ne s'agit pas d'un cas de pneumonie.

STREPTOCOQUE ß-HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A (infection envahissante à)

Si votre enfant présente de la fièvre, des maux de gorge ou de tête, un malaise général ou une infection cutanée avec douleur sévère, consultez rapidement un médecin ou rendez-vous à votre CLSC et avisez le service de garde.

Merci de votre collaboration.

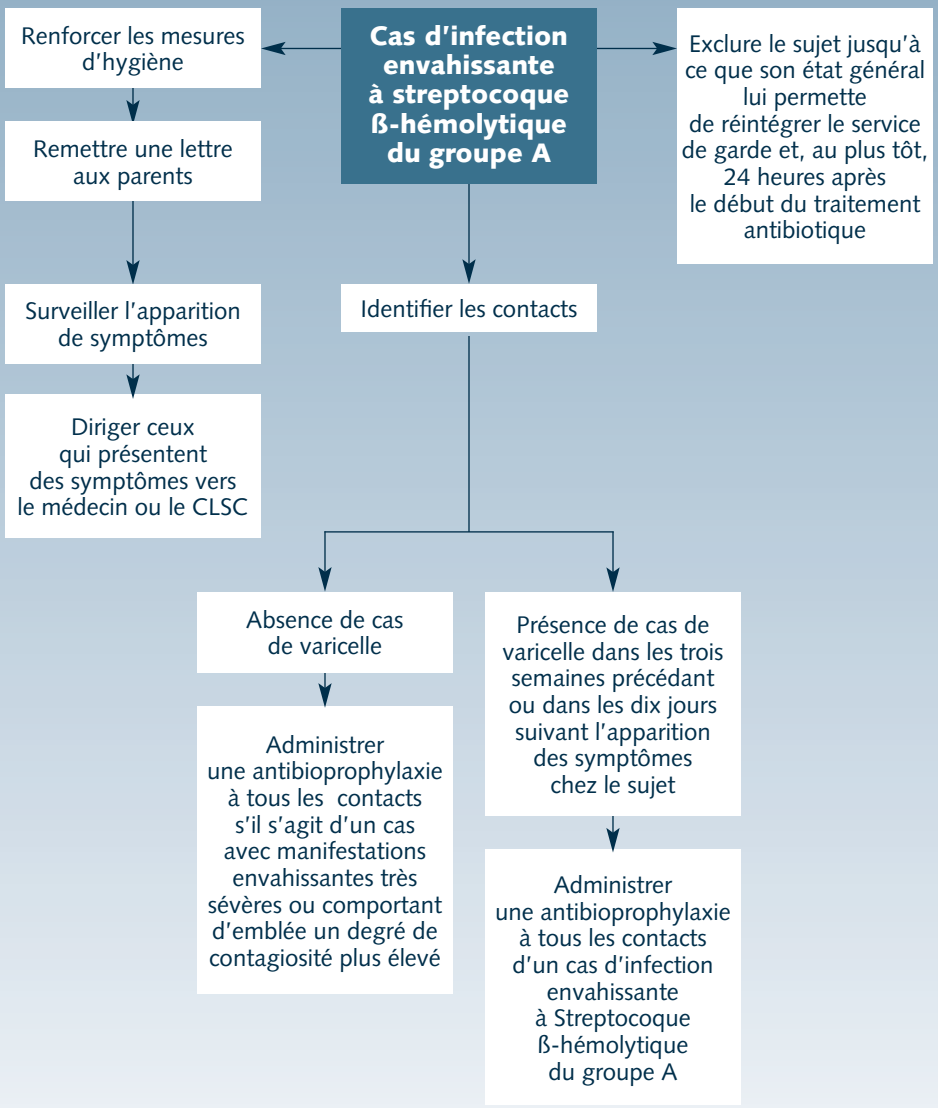
Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

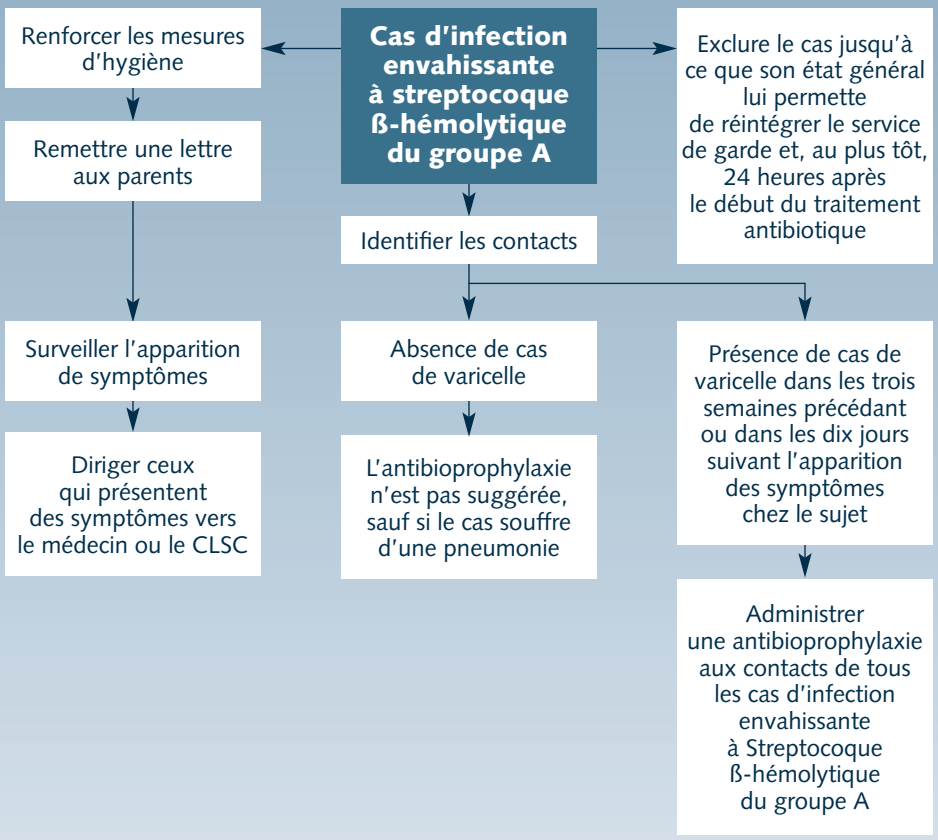
Arbre décisionnel

Service de garde en milieu familial


Cas d'infection envahissante à streptocoque ß-hémolytique du groupe A
Renforcer les mesures d'hygiène
Remettre une lettre aux parents
Surveiller l'apparition de symptômes
Diriger ceux qui présentent des symptômes vers le médecin ou le CLSC
Exclure le sujet jusqu'à ce que son état général lui permette de réintégrer le service de garde et, au plus tôt, 24 heures après le début du traitement antibiotique
Identifier les contacts
Absence de cas de varicelle
Administrer une antibioprophylaxie à tous les contacts s'il s'agit d'un cas avec manifestations envahissantes très sévères ou comportant d'emblée un degré de contagiosité plus élevé
Présence de cas de varicelle dans les trois semaines précédant ou dans les dix jours suivant l'apparition des symptômes chez le sujet
Administrer une antibioprophylaxie à tous les contacts d'un cas d'infection envahissante à Streptocoque ß-hémolytique du groupe A

STREPTOCOQUE ß-HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A (infection envahissante à)

Arbre décisionnel


Service de garde en CPE ou en garderie
Renforcer les mesures d'hygiène
Remettre une lettre aux parents
Surveiller l'apparition de symptômes
Diriger ceux qui présentent des symptômes vers le médecin ou le CLSC
Cas d'infection envahissante à streptocoque ß-hémolytique du groupe A
Identifier les contacts
Absence de cas de varicelle
L'antibioprophylaxie n'est pas suggérée, sauf si le cas souffre d'une pneumonie
Exclure le cas jusqu'à ce que son état général lui permette de réintégrer le service de garde et, au plus tôt, 24 heures après le début du traitement antibiotique
Présence de cas de varicelle dans les trois semaines précédant ou dans les dix jours suivant l'apparition des symptômes chez le sujet
Administrer une antibioprophylaxie aux contacts de tous les cas d'infection envahissante à Streptocoque ß-hémolytique du groupe A

Information générale

Définition

Le tétanos est une maladie neurologique d'origine bactérienne se caractérisant par des contractions musculaires douloureuses attribuables à la toxine du bacille tétanique, le *Clostridium tetani*.

Tableau clinique

Le tétanos se manifeste de la façon suivante :

- contractions musculaires douloureuses du masséter (trismus) et des muscles du cou, raideur de la langue, difficulté à avaler ;
- rigidité des muscles abdominaux ;
- *risus sardonicus*, opisthotonos, convulsions.

Complications

Le tétanos provoque un décès dans six cas sur dix. Cette complication est plus fréquente en bas âge et chez les personnes âgées.

Durée de la maladie

La durée du tétanos est variable.

Mode de transmission

On retrouve la spore du bacille du tétanos partout dans l'environnement. Chez l'être humain, la bactérie peut être présente au niveau du système digestif. Elle pénètre dans l'organisme par une blessure contaminée par de la terre, de la poussière, des fèces d'humains ou d'animaux. Même les lacérations, brûlures et blessures anodines sont des sites de multiplication du bacille et de sa toxine. La présence de tissus nécrosés et de corps étrangers augmente le risque de croissance de l'organisme.

Période d'incubation

La période d'incubation du tétanos dure habituellement de trois à vingt et un jours ; en moyenne, quatorze jours. Chez les nouveau-nés, elle est habituellement de cinq à quatorze jours (maladie rare en Amérique du Nord).

TÉTANOS

Période de contagiosité

Le tétanos ne se transmet pas de personne à personne.

Réceptivité

Toute personne dont la couverture vaccinale n'est pas adéquate est susceptible de contracter le tétanos.

Immunité

Le tétanos ne confère pas nécessairement d'immunité. Une vaccination adéquate confère une immunité à plus de 99 %.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Examen clinique. Culture de plaie, même si elle est rarement positive.

▲ exceptionnelles

- Aucune.

Traitement

▲ spécifique

- Débridement de la plaie.
- Immunoglobulines antitétaniques humaines.
- Antibiothérapie : metronidazole (*p. o.* ou IV) 30 mg/kg/24 h, divisés en quatre doses, Pénicilline G 100 000 unités/kg/24 h, divisés en 4 à 6 doses, pendant 10 à 14 jours.

▲ de soutien

- Intubation.
- Contrôle du spasme musculaire.
- Contrôle de l'hyperactivité sympathique.
- Diminution des stimuli.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Le réintégrer en service de garde si son état de santé le lui permet.
- Contacts
  - Profiter de l'occasion pour mettre à jour la vaccination des enfants et des membres du personnel.

Environnement

Aucune mesure.

Suivi

Vacciner le sujet après la convalescence, car la maladie ne confère pas nécessairement d'immunité.

Revoir avec le personnel du service de garde la conduite à suivre en cas de blessures.

1) Laver rigoureusement la plaie à l'eau et au savon et la désinfecter ;
2) Consulter un médecin pour la prophylaxie du tétanos, selon le protocole d'immunisation du Québec en vigueur.

Information générale

Définition

Le *Tinea capitis* est une infection mycotique du cuir chevelu communément appelée teigne. Le champignon *Trichophyton tonsurans* en est la cause dans plus de 90 % des cas en Amérique centrale et en Amérique du Nord ; les infections à *Microsporum* y sont moins courantes.

Tableau clinique

Le *Tinea capitis* se traduit par les symptômes suivants :

- petite papule laissant des plaques squameuses s'apparentant à des pellicules ;
- alopécie et cheveux cassants ;
- nombreuses petites pustules et perte de cheveux produisant des zones dénudées sur le cuir chevelu ;
- lésions suppuratives (kérions) pouvant être accompagnées de fièvre et de lymphadénopathie.

Complications

Le *Tinea capitis* peut entraîner des plaques d'alopécie permanente du cuir chevelu.

Durée de la maladie

Le *Tinea capitis* dure tant qu'un traitement efficace n'a pas été administré.

Mode de transmission

Le *Tinea capitis* se transmet par contact peau à peau, avec des objets contaminés (peignes, brosses), des cheveux humains ou des poils d'animaux infectés. Les porteurs asymptomatiques représentent une source potentielle et importante pour la transmission de *T. tonsurans*.

Le *Trichophyton* se transmet de personne à personne, alors que le *Microsporum* se transmet généralement de l'animal à l'humain.

Période d'incubation

La période d'incubation du *Tinea capitis* dure de deux à quatorze jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité du *Tinea capitis* dure aussi longtemps que les lésions persistent.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter le *Tinea capitis*.

Immunité

Le *Tinea capitis* semble conférer un certain degré d'immunité.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Examen clinique.
- Examen microscopique sur lame de cheveux auxquels on a ajouté de l'hydroxyde de potassium (KOH). La lampe de Wood est utile pour diagnostiquer l'infection à *Microsporum* mais non pour l'infection à *T. tonsurans*.

▲ exceptionnelles

- Culture (prélèvement avec une brosse à dents).

Traitement

▲ spécifique

- Griséofulvine, 15 à 20mg/kg/24h *p. o.* divisés en 2 doses, pendant 4 à 6 semaines. Le kétoconazole sera réservé aux patients présentant une allergie ou dont l'infection est résistante à la griséofulvine.
- Terbinafine (<20 kg) 62,5 mg/jour, 1 dose; (20 à 40 kg)125 mg/jour, 1 dose; (>40 kg) 250 mg/jour, 1 dose.
- Étant donné leur saveur désagréable, les tablettes doivent être triturées et mélangées dans du beurre d'arachides ou de la compote de pommes.
- Itraconazole: 3 à 5 mg/kg/24 h en dose unique pendant quatre semaines. De nouvelles thérapies sont prometteuses malgré l'absence d'études randomisées.

▲ de soutien

- Un shampooing au sulfure de sélénium à 2,5 %, appliqué deux fois par semaine, diminue la dissémination du micro-organisme et peut aider à prévenir la transmission.

Particularités associées au service de garde

Une épidémie de *Tinea capitis* a été décrite en service de garde.

L'infection à *T. tonsurans* est plus fréquente chez les enfants âgés de 3 à 9 ans.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

On doit visiter le service de garde si deux cas ou plus sont rapportés. On doit ensuite :

- identifier les contacts ;
- trouver les sources possibles de contamination, c'est-à-dire les animaux domestiques, spécialement les chats et les chiens ;
- faire examiner ces animaux par le vétérinaire et les traiter si cela est nécessaire.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - S'assurer de l'administration d'un traitement antifongique.
  - Ne pas exclure le sujet si un traitement adéquat est administré.
  - S'assurer que le sujet ne partage pas ses objets personnels (brosse, peigne, chapeau).
- Contacts
  - Remettre une lettre aux parents des contacts.
  - Considérer comme contacts toutes les personnes du même groupe et les membres de la famille du sujet, s'il n'y a qu'un seul cas. S'il y a deux cas et plus, considérer comme contacts toutes les personnes fréquentant le service de garde et les membres de la famille des sujets.
  - Faire examiner les contacts.
  - Diriger les personnes symptomatiques vers un médecin ou le CLSC pour préciser le diagnostic. Si le diagnostic est confirmé, adopter les mêmes mesures que pour le sujet.

Environnement

S'assurer que les objets (brosses, peignes, draps, etc.) ayant été en contact avec des cheveux ou des poils infectés soient nettoyés et désinfectés.

S'assurer que les enfants ne partagent pas leur brosse à cheveux, leur peigne et leur chapeau.

Renforcer les mesures d'hygiène.

Suivi

S'il y a deux cas ou plus, examiner les enfants fréquentant le service de garde à intervalles réguliers pour dépister les nouveaux cas, et ce, jusqu'à huit semaines après l'apparition des symptômes du dernier cas rapporté.

Lettre aux parents

Objet : Infection à *Tinea capitis*

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a actuellement au service de garde un enfant atteint d'une infection à *Tinea capitis,* communément appelée teigne. Vous trouverez ci-joint des explications sur cette maladie.

Si votre enfant présente une perte anormale de cheveux laissant des plaques dénudées ou a des lésions du cuir chevelu, consultez un médecin ou votre CLSC le plus tôt possible. Apportez cette lettre.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

p. j. : Renseignements et conseils pratiques

Renseignements et conseils pratiques

Définition

Le *Tinea capitis* est causé par un champignon qui se loge au niveau du cuir chevelu.

Manifestations

Il se manifeste par des cheveux cassants, une perte de cheveux produisant des plaques dénudées du cuir chevelu, de nombreuses pustules pouvant quelquefois être accompagnées de fièvre et d'enflure des ganglions.

Transmission

La maladie se transmet par contact de peau à peau avec une personne infectée ou par des objets contaminés (peignes, brosses) ou des cheveux humains ou des poils d'animaux infectés.

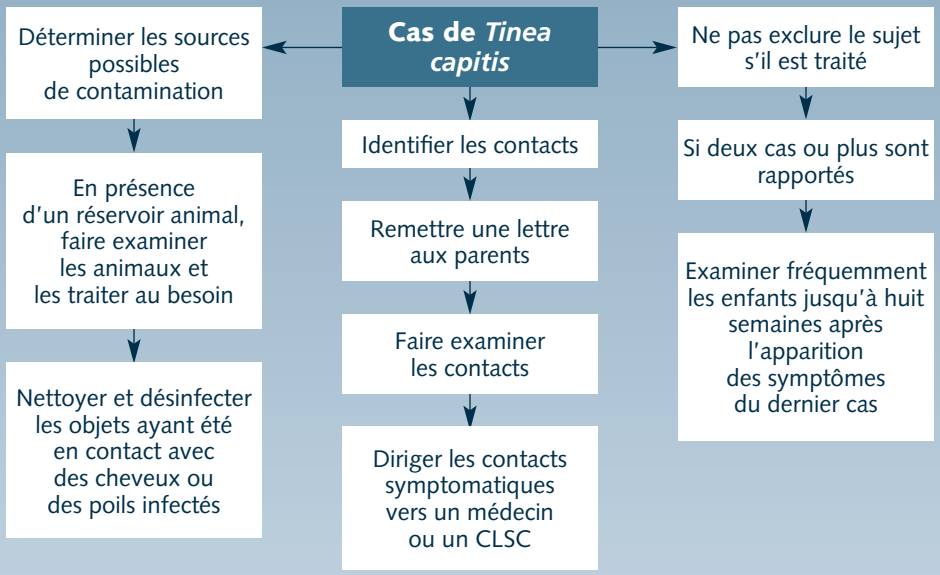
Prévention

La personne infectée devra prendre un médicament par voie orale pendant quatre à six semaines. Un shampooing au sulfure de sélénium pourra aider à diminuer la dissémination de l'infection et à prévenir la transmission. La personne sous traitement peut continuer à fréquenter le service de garde.

En même temps que l'on applique le traitement, il faut nettoyer et désinfecter les objets (brosses, peignes, draps, etc.) ayant été en contact avec des cheveux ou des poils infectés. Il faut également s'assurer que les membres de la famille ne partagent pas leur brosse à cheveux, leur peigne et leur chapeau.

Les animaux domestiques, spécialement les chats et les chiens, doivent être examinés et traités par le vétérinaire, si cela est nécessaire.

Arbre décisionnel


Cas de *Tinea capitis*
Déterminer les sources possibles de contamination
En présence d'un réservoir animal, faire examiner les animaux et les traiter au besoin
Nettoyer et désinfecter les objets ayant été en contact avec des cheveux ou des poils infectés
Identifier les contacts
Remettre une lettre aux parents
Faire examiner les contacts
Diriger les contacts symptomatiques vers un médecin ou un CLSC
Ne pas exclure le sujet s'il est traité
Si deux cas ou plus sont rapportés
Examiner fréquemment les enfants jusqu'à huit semaines après l'apparition des symptômes du dernier cas

Information générale

Définition

Le *Tinea corporis* est une infection mycotique qui atteint toutes les parties du corps, à l'exception du cuir chevelu, des régions pileuses, des aines, des mains et des pieds. L'infection est généralement causée par un champignon des genres *Trichophyton*, *Microsporum* et *Épidermophyton*.

Tableau clinique

Le *Tinea corporis* présente des lésions annulaires plates. La périphérie est rougeâtre, vésiculaire, et elle peut être sèche et squameuse ou humide et croûteuse. Le prurit est fréquent.

Complications

Aucune.

Durée de la maladie

Le *Tinea corporis* dure tant qu'un traitement efficace n'a pas été administré.

Mode de transmission

Le *Tinea corporis* se transmet par contact avec les lésions de personnes et d'animaux infectés ainsi que par des objets contaminés.

Période d'incubation

Le *Tinea corporis* dure de quatre à dix jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité du *Tinea corporis* dure aussi longtemps que les lésions persistent.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter le *Tinea corporis*.

Immunité

Le *Tinea corporis* semble conférer un certain degré d'immunité.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Examen clinique.

- Examen microscopique sur lame de squames auxquelles on a ajouté de l'hydroxyde de potassium (KOH).

▲ **exceptionnelles**

- Culture.

Traitement

▲ **Spécifique**

- Antifongique topique, miconazole, éconazole, clotrimazole ou tolnaftate deux fois par jour pendant quatre semaines, associé ou non à une thérapie orale.
- La griséofulvine par voie orale pendant quatre semaines est le traitement recommandé pour les cas réfractaires (15 à 20 mg/kg/24 h, divisés en 2 doses). Le kétoconazole oral peut aussi être utilisé comme solution de rechange à la griséofulvine.

▲ **de soutien**

- Bain à l'eau savonneuse pour faciliter la desquamation.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

On doit visiter le service de garde s'il y a deux cas ou plus. On doit ensuite :

- identifier les contacts ;
- déterminer les sources possibles de contamination, c'est-à-dire les animaux domestiques, spécialement les chats et les chiens ;
- faire examiner ces animaux par le vétérinaire et les traiter, si cela est nécessaire.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Exclure le sujet du service de garde jusqu'à ce qu'un traitement adéquat soit amorcé.
  - Le sujet ne devra pas fréquenter le gymnase ni la piscine jusqu'à la guérison de ses lésions (environ deux semaines). Le risque d'infection augmente dans un milieu humide (piscine, baignoire, etc.).

- Contacts
  - Remettre une lettre aux parents des contacts.
  - S'il n'y a qu'un cas rapporté, considérer comme contacts toutes les personnes du même groupe que le sujet et les membres de sa famille. S'il y a deux cas ou plus, considérer comme contacts toutes les personnes fréquentant le service de garde et les membres de la famille des sujets.
  - Faire examiner les contacts.
  - S'ils sont symptomatiques, les diriger vers un médecin ou un CLSC pour confirmer le diagnostic. Si le diagnostic est confirmé, appliquer les mêmes mesures que pour le sujet.

Environnement

S'assurer que tout ce qui été en contact avec la personne infectée soit nettoyé et désinfecté.

Utiliser un antifongique, tel que le crésol, pour désinfecter les banquettes et les planchers de la piscine et du gymnase utilisés par le service de garde.

Suivi

S'il y a deux cas ou plus, examiner les contacts périodiquement pour détecter la présence de nouvelles lésions, et ce, jusqu'à six semaines après l'apparition des symptômes du dernier cas.

Renforcer les mesures d'hygiène et s'assurer que les recommandations pour la désinfection des surfaces soient appliquées.

Lettre aux parents

Objet : *Tinea corporis*

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a actuellement au service de garde un enfant atteint de *Tinea corporis*. Vous trouverez ci-joint des explications sur cette maladie.

Si votre enfant présente sur le corps des lésions de forme arrondie et plate dont le pourtour est rougeâtre, consultez un médecin ou le CLSC le plus tôt possible, et apportez cette lettre.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

p. j. Renseignements et conseils pratiques

Renseignements et conseils pratiques

Définition

Le *Tinea corporis* est causé par un champignon qui atteint toutes les parties du corps à l'exception du cuir chevelu, des régions pileuses, des aines, des mains et des pieds.

Manifestations

Il se manifeste par des lésions plates de forme arrondie. Le pourtour est rougeâtre et peut être sec et peler ou être humide et croûteux. La démangeaison est fréquente.

Transmission

Il se transmet par contact avec les lésions des personnes et des animaux infectés ou par des objets contaminés.

Prévention

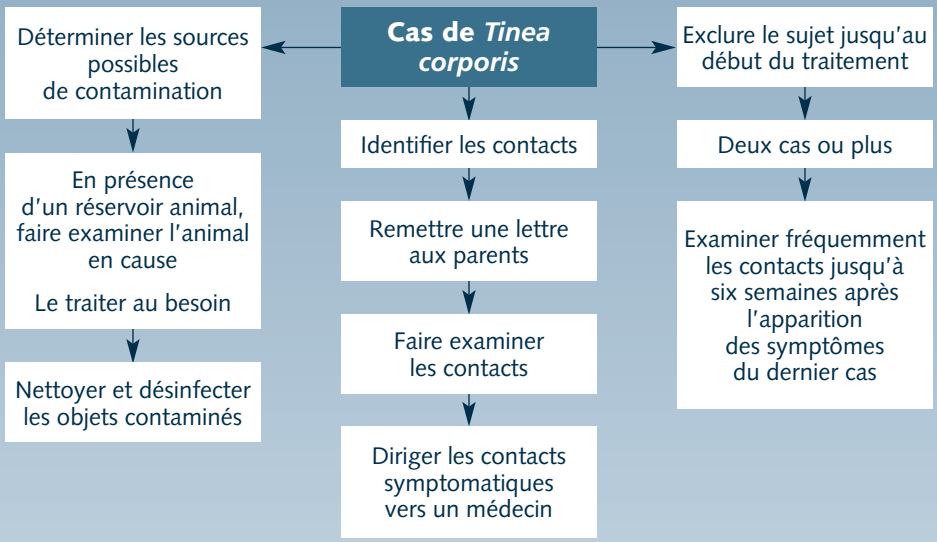
La personne infectée est habituellement traitée à l'aide d'un onguent. Un médicament par voie orale peut également être administré pendant quatre semaines. Des bains à l'eau savonneuse facilitent la desquamation.

La personne infectée est exclue du service de garde jusqu'à ce qu'un traitement adéquat soit amorcé. Elle ne doit pas fréquenter le gymnase et la piscine jusqu'à la guérison de ses lésions (environ deux semaines).

En même temps qu'on applique le traitement, il faut nettoyer et désinfecter tout ce qui a été en contact avec la personne infectée.

Les animaux domestiques doivent être examinés et traités par le vétérinaire, si cela est nécessaire.

Arbre décisionnel


Cas de *Tinea corporis*
Déterminer les sources possibles de contamination
En présence d'un réservoir animal, faire examiner l'animal en cause
Le traiter au besoin
Nettoyer et désinfecter les objets contaminés
Identifier les contacts
Remettre une lettre aux parents
Faire examiner les contacts
Diriger les contacts symptomatiques vers un médecin
Exclure le sujet jusqu'au début du traitement
Deux cas ou plus
Examiner fréquemment les contacts jusqu'à six semaines après l'apparition des symptômes du dernier cas

Information générale

Définition

Le *Tinea pedis* est une infection mycotique se trouvant principalement entre les orteils et à la plante des pieds. On l'appelle communément « pied d'athlète ». Les champignons les plus souvent en cause sont les suivants : *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes* et *Epidermophyton floccosum*. C'est une infection commune chez les adolescents et les adultes (plus fréquente chez les hommes que chez les femmes), mais rare chez les jeunes enfants.

Tableau clinique

Le *Tinea pedis* présente les symptômes suivants :

- de petites lésions vésiculopustulaires ou squameuses apparaissent aux pieds et aux mains (peau et ongles) et, occasionnellement, aux membres et au tronc ;
- les espaces interdigitaux des orteils latéraux sont souvent fissurés et présentent une desquamation ;
- la sensibilité est accrue ; des démangeaisons et une odeur fétide persistante sont caractéristiques de cette infection ;
- l'infection des ongles est commune et généralement causée par le *T. rubrum*.

Note
Une infection à *Candida albicans* ou à certaines bactéries peut porter à confusion et même cœxister avec le *Tinea pedis*. Une dermatite de contact, un eczéma et une dermatite atopique peuvent aussi lui ressembler.

Complications

Le *Tinea pedis* peut devenir chronique et évoluer vers une croissance accrue de la flore bactérienne. Plus rarement, une hyperkératose diffuse et chronique de la plante du pied survient avec un érythème léger. Dans les cas sévères, des lésions vésiculaires apparaissent sur différentes parties du corps.

Durée de la maladie

Le *Tinea pedis* dure tant qu'un traitement efficace n'a pas été administré. Malgré cela, les récurrences sont fréquentes, surtout dans le cas d'infections à *T.rubrum*, peu importe le traitement utilisé.

Mode de transmission

Le *Tinea pedis* se transmet par contact avec les lésions de la peau de personnes infectées ou par les sols contaminés, surtout dans les douches, les salles de déshabillage et les piscines publiques.

Plusieurs facteurs prédisposent à l'infection, tels que des chaussures serrées et une température humide et chaude.

Période d'incubation

La période d'incubation du *Tinea pedis* est inconnue.

Période de contagiosité

La période de contagiosité du *Tinea pedis* dure aussi longtemps que les lésions sont présentes et que des spores viables persistent sur des surfaces contaminées.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter le *Tinea pedis*.

Immunité

Le *Tinea pedis* ne semble pas conférer d'immunité.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Examen clinique.
- Examen microscopique sur lame de squames auxquelles on a ajouté de l'hydroxyde de potassium (KOH).

▲ exceptionnelles

- Culture.

Traitement

▲ spécifique

- Antifongique topique (miconazole, éconazole, clotrimazole, ou tolnaftate) deux fois par jour pendant deux à trois semaines. La griséofulvine orale, 15 à 20 mg/kg/24 h en 1 ou 2 doses pendant 6 à 8 semaines, jusqu'à 6 mois pour les cas résistants, peut être indiquée pour les cas sévères, chroniques et récurrents (jusqu'à 6 mois chez les cas résistants). La forme vésiculaire aiguë devrait être traitée à l'aide de compresses humides ; dans les cas sévères, la thérapie avec corticostéroïdes peut aider à supprimer la composante inflammatoire de l'infection. Lorsque les ongles sont atteints, l'infection peut être résistante à toute forme de traitement.

▲ de soutien

- Hygiène des pieds incluant un lavage doux, l'assèchement de la peau entre les orteils ainsi que l'utilisation d'une poudre antifongique. À la maison, laisser fréquemment les régions affectées à l'air libre (porter des sandales) et éviter de porter des chaussures trop serrées et des chaussettes en nylon ou d'autres tissus qui empêchent la sueur de se dissiper.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure le sujet. Il ne devra cependant pas fréquenter le gymnase et la piscine jusqu'à la guérison de ses lésions.
- Contacts
  - Aucune.

Environnement

Envisager le nettoyage et la désinfection des planchers du gymnase, des douches et des salles d'essayage utilisées par le service de garde à l'aide d'un antifongique tel que le crésol.

Suivi

S'assurer que le sujet soit adéquatement traité et qu'il porte des chaussettes de coton jusqu'à la guérison de ses lésions.

Information générale

Définition

La toxocarose est une infection humaine causée par les vers ronds des chiens ou des chats : *Toxocara canis* et *Toxocara cati*. Cette infection accidentelle dans le cycle de vie de ces vers est cependant beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense.

Cycle de vie

Les œufs de toxocara sont éliminés dans les selles des chiens et des chats, et ils contaminent des endroits facilement accessibles aux enfants (sable, terre des parcs, etc.) L'humain est infesté en ingérant des œufs ou des aliments crus contaminés. Les œufs se transforment en larves, lesquelles traversent la paroi intestinale et migrent vers le foie et les poumons et, plus rarement, vers les yeux. Les larves continuent cette migration vers d'autres organes, d'où le nom de *larva migrans visceralis*. Elles ne peuvent jamais atteindre leur maturité, car elles ne sont pas dans leur habitat naturel. Elles meurent normalement après une période d'environ dix-huit mois. Un rapport fait état de quatre cas d'infection adulte à *T. cati* à la suite d'ingestion de larves ou de vers immatures.

Tableau clinique

Les symptômes de la toxocarose sont liés à l'intensité de l'infection. Asymptomatique dans la plupart des cas, elle peut causer des manifestations cliniques qui varient selon l'organe ou le tissu atteint.

Complications

Les complications liées à la toxocarose surviennent dans les cas d'infections intenses (ex. : lésions ophtalmiques).

Durée de la maladie

La toxocarose dure de douze à dix-huit mois.

Mode de transmission

La toxocarose ne se transmet pas de personne à personne. La personne s'infecte par contact (main-bouche) avec des selles ou du matériel contaminé par des selles de chien ou de chat (ex. : légumes crus contaminés).

Période d'incubation

La période d'incubation de la toxocarose est très variable, allant de quelques semaines à plusieurs mois.

Période de contagiosité

L'infection humaine à toxocarose n'est pas contagieuse. Les œufs éliminés par les chiens ou les chats peuvent, dans des conditions climatiques favorables (humidité, température), survivre plusieurs mois dans l'environnement.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la toxocarose, mais les adultes sont rarement infectés.

Immunité

La toxocarose ne confère pas d'immunité permanente.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Tableau clinique.
- Sérologie (test ELISA).

▲ exceptionnelles

- Biopsie hépatique.

Traitement

▲ spécifique

- Mébendazole 100-200mg 2 fois par jour pendant 5 jours (chez les enfants > 2 ans).
- Albendazole 400mg *p.o.* 2 fois par jour pendant 5 jours (ce médicament peut être obtenu par le programme spécial d'accès aux médicaments).

▲ de soutien

- Corticostéroïdes et chirurgie, selon le cas.

Particularités associées au service de garde

Les carrés de sable et les aires de jeu peuvent présenter un risque de contamination par les selles des chiens ou des chats. Ce risque semble cependant minime. La géophagie est à prévenir.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure le sujet.
- Contacts
  - Remettre une lettre aux parents si cela est nécessaire.

Environnement

Assurer un entretien adéquat des carrés de sable et des aires de jeux. (Voir Chapitre VI « La désinfection des objets, des surfaces et des locaux ».)

Suivi

Empêcher la géophagie chez les enfants.

Promouvoir le lavage des mains après un contact avec du sable.

Lettre aux parents

Objet : Toxocarose

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Il y a présentement au service de garde un cas de toxocarose. Cette maladie est causée par un parasite qu'on appelle le ver rond du chien ou du chat. Cette infection est fréquente chez ces animaux et accidentelle chez l'humain. L'individu s'infeste par contact avec des matières fécales ou du matériel contaminé par des selles de chien ou de chat. Les jeunes enfants peuvent être contaminés s'ils portent à leur bouche le sable et la terre contaminés dans lesquels ils jouent. L'infection n'est pas transmise de personne à personne.

La plupart des infections humaines sont asymptomatiques. S'il y a des symptômes, la sévérité est liée à l'intensité de l'infection. Un traitement antiparasitaire est possible.

Même si le danger de transmission par le sable ou la terre est faible, soyez assurés que le service de garde prend toutes les précautions nécessaires pour assurer une bonne hygiène de l'environnement, afin d'éviter la contamination par les selles animales.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez prendre contact avec :

_____

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Information générale

Définition

La tuberculose est une maladie contagieuse causée par le *Mycobacterium tuberculosis*. Au moment de sa pénétration dans les poumons, la bactérie est généralement contrôlée par les mécanismes de défense de l'hôte. L'infection peut demeurer latente pour se réactiver des mois ou des années plus tard. Dans quelques cas (en particulier chez les enfants), l'infection peut évoluer rapidement vers la maladie (tuberculose primaire). La phase asymptomatique s'appelle tuberculose-infection. Elle se traduit généralement par une sensibilité à la tuberculine (épreuve de Mantoux ou PPD). L'infection demeure asymptomatique pour 40 à 50 % des enfants de moins d'un an infectés et pour 80 à 90 % des enfants plus âgés.

La tuberculose-maladie est une réponse tissulaire de l'hôte qui se traduit par la présence de signes et de symptômes cliniques, avec ou sans anomalies radiologiques, la culture bactérienne pouvant être positive ou négative.

Tableau clinique

La tuberculose-infection est généralement asymptomatique.

Les manifestations cliniques et radiologiques de la tuberculose-maladie varient selon l'âge et la région atteinte. Les symptômes sont les suivants : fièvre intermittente, anorexie, perte de poids, toux, sudation nocturne et, occasionnellement, bronchospasme. Chez l'adulte, la toux n'est pas fréquente au début de la maladie, mais elle est généralement présente dans les atteintes pulmonaires ou broncho-pulmonaires ; elle est le plus souvent accompagnée d'expectorations.

La forme extrapulmonaire portera le nom de l'organe atteint (tuberculose rénale, osseuse, méningée).

Complications

Les complications les plus fréquentes de la tuberculose sont la pleurésie, la méningite et la tuberculose miliaire. Le risque de complications graves est plus élevé pour les enfants de moins de 4 ans.

Durée de la maladie

La durée de la tuberculose est variable. Un traitement efficace raccourcit la durée de la maladie.

Mode de transmission

La tuberculose se transmet par inhalation d'aérosols (gouttelettes en suspension dans l'air) provenant d'une personne atteinte de tuberculose pulmonaire ou laryngée ou d'une adénite suppurée. Le risque de transmission dépend du niveau de contagiosité, du type de contacts (durée, proximité) et du milieu environnemental (ventilation, éclairage).

Période d'incubation

L'intervalle entre l'entrée des bacilles de la tuberculose dans l'organisme et le début des symptômes varie. Le risque de contracter la maladie est plus important dans les deux années qui suivent l'infection tuberculeuse, mais il persiste durant toute la vie chez les personnes non traitées. Chez les nourrissons, le risque de progresser vers une tuberculose-maladie est très élevé (environ 50 %).

Période de contagiosité

La tuberculose-infection n'est pas contagieuse. La tuberculose-maladie extrapulmonaire l'est rarement.

Les enfants faisant une tuberculose pulmonaire primaire ne sont généralement pas contagieux parce que, chez l'enfant, les lésions sont petites, la décharge de bacilles est minime et la toux est peu importante ou absente. S'il y a évidence de contagiosité (frottis positif, lésions cavitaires ou parachymateuses significatives), on adoptera pour l'enfant la même approche que pour l'adulte.

L'adulte atteint de tuberculose pulmonaire est contagieux aussi longtemps qu'il crache des bacilles tuberculeux dans ses expectorations. La contagion diminue après quelques jours d'un traitement efficace, et elle persiste rarement après deux semaines. Mais, en pratique, à cause de la possibilité de résistance à la médication antituberculeuse, on doit considérer que l'adulte est contagieux jusqu'à ce que les frottis de ses expectorations soient négatifs, surtout lorsqu'il y a de jeunes enfants dans son entourage.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la tuberculose. Cependant, le risque est particulièrement élevé chez les enfants de moins de 4 ans. Les enfants originaires de zones endémiques pour la tuberculose (sud-est de l'Asie, Afrique, Indes, Haïti, etc.) et de certaines communautés risquent plus de contracter la maladie. Certaines conditions augmentent le risque de tuberculose-maladie : la sous-alimentation, la prématurité, l'immunodéficience, le diabète mal contrôlé, etc.

Immunité

À la suite d'une primo-infection, il existe une certaine immunité contre les réinfections, mais l'apparition ultérieure d'une tuberculose-maladie est toujours possible.

L'immunité conférée par le vaccin est un sujet de controverse. Cependant, la plupart des études laissent entendre que la vaccination des nouveau-nés avec le BCG leur confère surtout un niveau de protection élevé contre les formes les plus dangereuses comme la méningite tuberculeuse. Au Québec, le BCG n'est utilisé que pour certains groupes à risque, étant donné l'incidence peu élevée de la tuberculose et la difficulté d'interpréter le PPD après la vaccination au BCG.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

Tuberculose-infection

- Test à la tuberculine (PPD), 5 UT (épreuve de Mantoux).
- Radiographie pulmonaire.

Tuberculose-pulmonaire

- Frottis et culture des expectorations obtenues spontanément ou par tubage gastrique ou lavage broncho-alvéolaire, et frottis et culture du liquide gastrique.
- Radiographie pulmonaire.
- CT scan thoracique.

▲ exceptionnelles

- Ponction pleurale.
- Biopsie.

Traitement

▲ prophylactique

- Enfant
  - Isoniazide (INH), 10 mg/kg/24 h (maximum, 300 mg/24 h) 1 dose pendant 9 mois.
- Adulte
  - INH 300 mg/24 h en 1 dose pendant 6 à 12 mois.

Si le cas index est connu, surveiller la culture et la sensibilité pour ajuster votre traitement.

▲ **curatif**

- Enfant et adulte
  - Administrer trois médicaments (isoniazide, rifampicine et pyrazinamide) pour une période de deux mois, suivis d'isoniazide et de rifampicine pendant quatre mois supplémentaires. Si on suspecte une résistance, ce qui est le cas des enfants provenant des pays endémiques pour la tuberculose, il y a ajout d'un quatrième médicament (éthambutol ou streptomycine) pendant les deux premiers mois ou jusqu'à l'obtention des résultats des tests de sensibilité.
  - L'utilisation de l'éthambutol chez l'enfant de moins de 6 ans est acceptable seulement s'il n'y a pas d'autres alternatives, en raison de la difficulté de monitorer la toxicité visuelle.
  - Chez l'enfant le traitement curatif doit être administré sous observation directe (TOD).
  - La prévention et le traitement de la tuberculose font l'objet d'un programme de gratuité. Indiquer le code 2L s'il s'agit d'un traitement préventif et, 2K, s'il s'agit d'un traitement curatif.

Particularités associées au service de garde

En service de garde, lorsqu'il y a transmission de tuberculose, elle se fait d'un adulte vers un enfant et non d'un enfant vers un adulte ou un autre enfant. Ainsi, lorsqu'un enfant a une épreuve de Mantoux positive ou présente des symptômes cliniques de la maladie, l'enquête épidémiologique visera à retracer la source d'infection parmi les adultes.

Particularités associées à la femme enceinte

La femme enceinte qui présente une tuberculose-infection devra commencer une chimioprophylaxie immédiatement si elle est séropositive au test de dépistage du VIH. Dans les autres circonstances, il est préférable d'attendre après l'accouchement. Par contre, si la femme enceinte a un contact récent de tuberculose, il est plus prudent de ne pas retarder le début de sa prophylaxie.

Mesures à prendre

Enquête

▲ **Si le sujet est un enfant**

- L'enquête vise à retrouver la source d'infection parmi les adultes en contact étroit avec l'enfant, c'est-à-dire les membres de sa famille. Si cette étape ne permet pas de préciser la source d'infection, on élargira la recherche au personnel du service de garde et aux autres adultes qui ont été en contact étroit et prolongé avec l'enfant faisant une tuberculose-maladie ou une tuberculose-infection.

▲ **Si le sujet est un adulte**

- Le but de l'enquête est d'identifier les contacts qui ont pu être infectés par le sujet.

Mesures de contrôle

Les mesures de contrôle varient selon qu'il s'agit d'une tuberculose-infection ou d'une tuberculose-maladie chez un enfant ou un adulte et selon la contagiosité.

- Sujet

Tuberculose-infection chez un enfant ou un adulte

– Ne pas exclure.

– Administrer une prophylaxie selon l'évaluation médicale.

Tuberculose – maladie contagieuse (pulmonaire, laryngée ou adénite suppurée)

– Adulte

Exclure jusqu'à la fin de la période de contagiosité.

Administrer un traitement curatif.

– Enfant

L'enfant n'est habituellement pas contagieux et n'a pas besoin d'être exclu. Par ailleurs, l'enfant peut être contagieux s'il présente une adénite suppurée, un frottis des expectorations positif, une forme cavitaire ou parachymateuse extensive.

Dans ce cas, l'exclure jusqu'à la fin de la période de contagion.

Amorcer un traitement curatif.

Tuberculose – maladie non contagieuse (extrapulmonaire)

– Enfants ou adultes

Ne pas exclure.

Amorcer un traitement curatif.

- Contacts

Tuberculose-infection chez un enfant ou un adulte

– Aucune intervention.

Tuberculose – maladie contagieuse (pulmonaire, laryngée ou adénite suppurée)

– Rechercher les contacts étroits si le sujet est *contagieux*. La définition de contact étroit varie selon les caractéristiques du sujet. Se référer au Protocole provincial. Si plusieurs contacts doivent être évalués, procéder de façon organisée tel que décrit dans le protocole d'intervention provincial en vigueur.

– Remettre une lettre aux parents.

Tuberculose – maladie non contagieuse (extrapulmonaire)

– Aucune mesure.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène dont la désinfection des jouets et le lavage des mains.

Bien aérer et humidifier les pièces.

Utiliser des mouchoirs de papier et les jeter après usage.

Suivi

Tuberculose – maladie contagieuse (pulmonaire, laryngée ou adénite suppurée)

S'assurer que les contacts sont suivis et que les mesures de contrôle recommandées ont été appliquées.

Lettre aux parents

Objet : Tuberculose

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Une personne du service de garde a une tuberculose. La tuberculose est une infection qui, en général, ne donne aucun symptôme au début et se détecte par un test appelé « épreuve de Mantoux » (PPD). Cette infection peut mener, plusieurs mois à plusieurs années plus tard, à une maladie qui se localise le plus souvent aux poumons et qui se manifeste par de la fatigue, de la fièvre, une perte de poids, de la toux et des crachats. De nos jours, il existe des médicaments efficaces pour traiter cette maladie.

Votre enfant a été en contact avec une personne tuberculeuse et peut avoir été infecté. Il doit être évalué le plus tôt possible par un médecin qui, en plus de l'examiner, procédera probablement au test ci-dessus mentionné et à une radiographie pulmonaire. Si le résultat de l'investigation démontre une infection chez votre enfant, un traitement préventif vous sera proposé.

Nous avons pris des arrangement avec :

_____

où votre enfant pourra être évalué. Si vous préférez, vous pouvez vous présenter avec cette lettre chez votre médecin traitant ou votre CLSC.

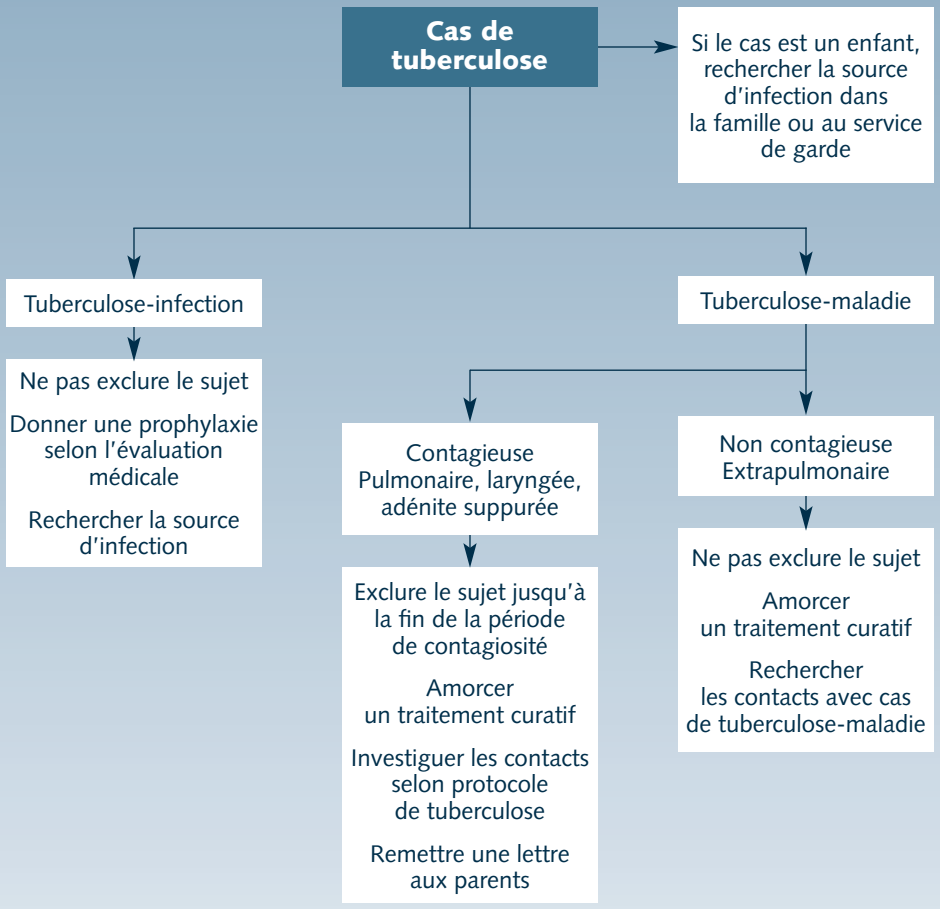
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas de tuberculose
Si le cas est un enfant, rechercher la source d'infection dans la famille ou au service de garde
Tuberculose-infection
Ne pas exclure le sujet
Donner une prophylaxie selon l'évaluation médicale
Rechercher la source d'infection
Tuberculose-maladie
Contagieuse
Pulmonaire, laryngée, adénite suppurée
Exclure le sujet jusqu'à la fin de la période de contagiosité
Amorcer un traitement curatif
Investiguer les contacts selon protocole de tuberculose
Remettre une lettre aux parents
Non contagieuse
Extrapulmonaire
Ne pas exclure le sujet
Amorcer un traitement curatif
Rechercher les contacts avec cas de tuberculose-maladie

Information générale

Définition

Varicelle

La varicelle est une primo-infection causée par un virus de la famille des herpesviridés appelé varicella zoster. Chez les populations urbaines, on estime qu'au moins 90 % des individus de moins de 15 ans et au moins 95 % des jeunes adultes ont déjà contracté la maladie. Celle-ci survient plus souvent à la fin de l'hiver et au début du printemps.

Zona

Le zona consiste en une réactivation du virus de la varicelle, laquelle réactivation peut survenir après une période de latence et causer le zona.

Tableau clinique

La varicelle se traduit par une éruption maculopapulaire devenant rapidement vésiculaire, généralisée et prurigineuse, et une fièvre légère. La maladie se révèle souvent plus sévère chez l'adulte. Chez les enfants immunosupprimés, elle peut se prolonger et se caractériser par l'apparition continue de nouvelles lésions et par une fièvre élevée persistante.

Le zona présente des lésions vésiculaires groupées selon la distribution d'un dermatome, le plus souvent à la région thoracique, unilatéral et accompagné de douleur. La maladie survient surtout chez les personnes de plus de 50 ans.

Complications

Varicelle

L'infection bactérienne secondaire des vésicules, la complication la plus courante de la varicelle, se produit chez 5 à 10 % des enfants. Les agents pathogènes les plus courants sont le Streptococcus pyogenes et le Staphyloccus aureus. La varicelle augmente de 40 à 60 % le risque d'infection envahissante à Streptocoque β hémolytique du groupe A chez des enfants auparavant en bonne santé. L'otite moyenne est la seconde complication la plus courante de la varicelle ; elle est présente chez 5 % des enfants.

Les complications les plus sérieuses (cellulites, pneumopathies, encéphalites, ataxie cérébelleuse, syndrome de Reye, etc.) sont peu fréquentes chez les enfants en bonne santé. Elles surviennent plus souvent chez les personnes immunosupprimés chez qui la maladie est sévère et peut entraîner une dissémination fatale dans 5 à 10 % des cas. On doit considérer comme immunosupprimés les enfants recevant des steroïdes par voie systémique équivalent à 2 mg/kg/jr de prednisone pendant plus de 14 jours. Le risque

de varicelle sévère est particulièrement élevé chez les enfants recevant des stéroïdes par voie systémique pendant la période d'incubation. Une varicelle disséminée grave peut survenir chez le nouveau-né si la mère fait la maladie dans les cinq jours avant l'accouchement et jusqu'à deux jours après.

La varicelle est une maladie beaucoup plus sévère chez les adolescents et les adultes que chez les enfants.

Zona

Le zona peut entraîner chez les adultes une névralgie post-herpétique, soit une persistance de la douleur pour plus d'un mois. Un zona disséminé est possible chez les personnes immunosupprimées.

Durée de la maladie

Varicelle

La varicelle évolue vers la guérison en sept à dix jours, habituellement.

Zona

Le zona dure moins de deux semaines.

Mode de transmission

Varicelle

L'homme est la seule source d'infection de la varicelle. La transmission se fait de personne à personne par contact avec les vésicules ou par voie aérienne via les sécrétions respiratoires. La varicelle est une maladie très contagieuse.

Zona

À la suite d'un contact avec une personne atteinte de zona, une personne susceptible peut contracter la varicelle. On ne peut pas contracter le zona après un contact avec le zona. Le zona est en effet beaucoup moins contagieux que la varicelle : un contact direct avec les lésions est nécessaire.

Période d'incubation

Varicelle

La période d'incubation de la varicelle dure de dix à vingt et un jours ; le plus souvent de quatorze à seize jours.

Zona

La période d'incubation du zona dure plusieurs années.

Période de contagiosité

Varicelle

La varicelle est une maladie très contagieuse. La personne infectée est contagieuse un ou deux jours avant le début de l'éruption et jusqu'à cinq jours après, ou jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûteuses. Dans les cas peu sévères, les lésions peuvent devenir croûteuses plus rapidement. Les individus immunosupprimés qui font une varicelle prolongée peuvent être contagieux aussi longtemps que dure l'éruption de nouvelles lésions.

Zona

La période de contagiosité du zona dure jusqu'à ce que les lésions vésiculaires soient croutées (environ une semaine).

Réceptivité

Varicelle

Tout le monde est susceptible de contracter cette maladie.

Zona

Toute personne ayant déjà fait la varicelle est susceptible de développer un zona.

Immunité

Varicelle

Cette maladie confère normalement une immunité permanente. Un deuxième épisode survient rarement, mais cela a tout de même été documenté. À la suite d'un contact, une immunité temporaire (de trois semaines) peut être procurée par l'administration d'immunoglobulines hyper immunes (VZIG) lorsqu'elles sont données dans les 96 heures qui suivent le contact et, de préférence, dès les premières 48 heures. Des études faites auprès d'enfants séronégatifs atteints de leucémie aiguë indiquent que les VZIG administrées dans les 96 heures suivant l'exposition préviennent l'infection chez environ 30 % des receveurs et qu'elles diminuent la gravité de la maladie chez ceux qui contractent la varicelle.

Il existe un vaccin vivant atténué contre la varicelle qui est recommandé aux personnes âgées de 12 mois ou plus et, particulièrement, aux travailleurs en service de garde n'ayant jamais fait la maladie et dont la sérologie est négative. L'administration de ce vaccin à tous les enfants diminuerait les cas d'infection envahissante à Streptocoque β hémolytique du groupe A d'au moins 15 %.

Zona

Les récidives sont estimées à moins de 4 %.

Méthodes diagnostiques

Varicelle

▲ **habituelles**

- Tableau clinique.

▲ **exceptionnelles**

- Culture des lésions ou examen direct par immunofluorescence pour test rapide (détection d'antigènes). Sérologie. Varicella Zoster IgM.

Zona

▲ **habituelles**

- Tableau clinique.

▲ **Exceptionnelles**

- Culture des lésions ou examen direct par immunofluorescence pour test rapide (détection d'antigènes).

Traitement

▲ **spécifique**

Varicelle

Acyclovir ou autre antiviral chez les individus immunosupprimés. Les personnes de plus de 12 ans, celles présentant des maladies cutanées ou pulmonaires chroniques ou recevant un traitement prolongé à l'AAS ou traitées aux corticostéroïdes pendant une courte période (traitement intermittent ou en aérosol) bénéficient d'une thérapie orale lorsque celle-ci est administrée à l'intérieur de 24 heures du début de l'éruption. Certains auteurs recommandent que l'acyclovir soit administré au deuxième cas d'une même famille qui ont une maladie habituellement plus sévère.

- hôte immunocompétent :
  - 80mg/kg/24h, *p.o.*, divisé en 4doses (maximum, 800mg/dose) pendant 5 jours.
- hôte immunosupprimé :
  - Enfant < 1 an : 30 mg/kg/24 h, IV, divisé en 3 doses, pendant 7 à 10 jours.
  - Enfant 1 an 1500 mg/m^2/24 h, IV, divisé en 3 doses, pendant 7 à 10 jours.

Zona

Chez les adultes, le valacyclovir ou le famciclovir peuvent, lorsqu'ils sont administrés par voie orale, diminuer la durée des symptômes et l'intensité de la douleur, surtout s'ils sont administrés moins de 72 heures après le début des lésions.

- acyclovir IV pour les patients immunosupprimés
  - Enfant < 1 an : 30 mg/kg/24 h, IV, divisés en 3 doses, pendant 7 à 10 jours.
  - Enfant >1 an : 1500 mg/m^2/24 h, IV, divisés en 3 doses, pendant 7 à 10 jours.

▲ de soutien

Varicelle

- Antiprurigineux et acétaminophène si le sujet fait de la fièvre.
- Pas d'acide acétylsalicylique (AAS ou Aspirine^{MD}).

Attention : de nombreux produits peuvent contenir de l'AAS en association.

Zona

Traitement de la douleur.

Application de compresses humides.

Particularités associées au service de garde

Varicelle

Si un cas de varicelle survient au service de garde, il est probable que la plupart des autres personnes réceptives contracteront la maladie. Étant donné ce risque élevé, on recommande la vaccination contre la varicelle en pré-exposition à toutes les personnes réceptives et, particulièrement, aux adultes travaillant avec des enfants, dont le personnel des services de garde.

Zona

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Varicelle

Une varicelle sévère peut survenir chez le nouveau-né si la mère fait la maladie dans les cinq jours avant l'accouchement et jusqu'à deux jours après.

Le risque qu'un syndrome de varicelle congénitale apparaisse après l'infection de la mère pendant le premier trimestre de la grossesse a été établi à 0,4 à 2 % si l'infection a lieu entre treize et vingt semaines. Le nouveau-né atteint présentera une atrophie des membres et des cicatrices sur la peau des extrémités. Il n'existe pas suffisamment de données pour appuyer l'idée que la varicelle est plus grave chez les femmes enceintes que les autres adultes.

Zona

La femme enceinte réceptive peut contracter la varicelle à la suite d'un contact direct avec un zona.

Mesures à prendre

Enquête

Varicelle et zona

On doit identifier les contacts.

Mesures de contrôle

Varicelle

- Sujet
  - Ne pas exclure le sujet sauf si son état général ne lui permet pas de participer aux activités habituelles. L'exclusion ne s'est pas révélée efficace pour interrompre la transmission du virus, probablement parce que les enfants sont plus contagieux avant l'apparition de l'éruption.
  - Si le sujet est un enfant immunosupprimé, on doit le diriger rapidement vers son médecin ou son CLSC pour un traitement avec un agent antiviral.
- Contacts
  - Remettre une lettre explicative à tous les parents des contacts.
  - Considérer comme contact tout individu qui a partagé pendant au moins une heure la même pièce que le sujet.
  - Donner priorité à la recherche des contacts immunosupprimés, qui seront dirigés immédiatement vers leur médecin pour recevoir des immunoglobulines hyper immunes (VZIG). Cette administration se fera dans un délai inférieur à 96 heures après la mise en présence d'une personne atteinte (préférablement dans un délai de 48 heures). Ces contacts à risque ne devraient revenir au service de garde que 28 jours après le dernier cas de varicelle déclaré.
  - Les femmes enceintes réceptives seront également dirigées vers leur médecin pour faire évaluer leur besoin de recevoir des VZIG.
  - Le vaccin contre la varicelle a démontré une efficacité de 90 % ou plus lorsqu'il est administré à l'intérieur de cinq jours après l'exposition. Il est toutefois préférable d'administrer ce vaccin à l'intérieur des 72 heures suivant l'exposition. Dans ce cas, le vaccin préviendra la maladie ou en amoindrira les symptômes. Les personnes contacts réceptives pourront recevoir ce vaccin si elles le désirent.

Zona

- Sujet
  - Ne pas exclure le sujet sauf si son état général ne lui permet pas de participer aux activités habituelles. Si possible, recouvrir les lésions.
  - Si le sujet est immunosupprimé, il doit être dirigé vers son médecin ou son CLSC pour un traitement avec un agent antiviral.

- Contacts
  - Remettre une lettre aux parents des contacts seulement s'il n'y a pas déjà des cas de varicelle au service de garde pour lesquels une lettre concernant la varicelle aurait déjà été envoyée.
  - Considérer comme contacts les individus du même groupe que le sujet.
  - Donner priorité à la recherche des contacts réceptifs immunosupprimés, qui seront dirigés vers leur médecin pour évaluer la nécessité de recevoir des immunoglobulines hyper immunes (VZIG). Celles-ci doivent être reçues dans un délai inférieur à 96 heures après le contact (préférablement dans un délai de 48 heures).
  - Les femmes enceintes réceptives seront également dirigées vers leur médecin pour faire évaluer leur besoin de recevoir des VZIG.
  - Le vaccin contre la varicelle peut être administré à l'intérieur de cinq jours après l'exposition à un contact d'un cas de zona qui n'a pas fait la varicelle. Dans ce cas, le vaccin préviendra la maladie ou en amoindrira les symptômes. Les personnes contacts réceptives pourront recevoir ce vaccin si elles le désirent.

Environnement

Varicelle et zona

Renforcer les mesures d'hygiène.

Suivi

Varicelle

Surveiller l'état général des enfants atteints.

Zona

Surveiller l'apparition de cas de varicelle dans les 21 jours suivant le contact avec un cas de zona.

Lettre aux parents

Objet : Varicelle

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Un enfant du service de garde fait une varicelle (« picote »), une des maladies les plus contagieuses. Généralement bénigne, elle entraîne parfois des complications sévères.

Si votre enfant prend des médicaments (cortisone, traitement contre le cancer) ou souffre d'une maladie qui diminue ses défenses contre les infections (leucémie, sida), votre médecin vous a sans doute avisé que la varicelle peut être plus grave pour lui. Si c'est le cas, nous vous suggérons de communiquer immédiatement avec votre médecin pour lui expliquer la situation. Il pourra suggérer l'administration d'un traitement préventif.

La varicelle se manifeste d'abord par de la fièvre suivie, un ou deux jours plus tard, d'une éruption cutanée pouvant s'accompagner de fortes démangeaisons. L'éruption consiste en l'apparition de taches rouges qui se transforment en vésicules (« bulles d'eau ») remplies de liquide. La formation de nouvelles vésicules peut se poursuivre pendant quelques jours. Peu après, les lésions se couvrent d'une croûte.

Les enfants sont contagieux de un ou deux jours avant l'apparition de l'éruption jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûteuses. Lorsque l'infection est transmise, elle se manifeste deux ou trois semaines après le contact.

Il existe un vaccin contre la varicelle qui est recommandé aux personnes âgées de 12 mois ou plus. Il prévient la maladie et les complications qui peuvent survenir à la suite d'une varicelle. Ce vaccin peut aussi prévenir la varicelle s'il est administré rapidement après un contact avec un cas de varicelle. Consultez votre médecin ou votre CLSC pour savoir s'il peut être utile pour votre enfant de recevoir ce vaccin à ce moment-ci.

Si votre enfant contracte la maladie, veuillez aviser le service de garde et communiquer avec votre médecin ou votre CLSC au besoin. Votre enfant pourra revenir au service de garde lorsque son état de santé lui permettra de participer aux activités.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

N. B. : Si votre enfant contracte la varicelle, ne lui administrez pas d'aspirine [acide acétylsalicylique (AAS)] ni aucun autre produit contenant de l'aspirine. L'aspirine accroît le risque de syndrome de Reye, une affection grave pouvant porter atteinte au foie et au cerveau. Pour maîtriser la fièvre en toute sécurité, employez de l'acétaminophène (Tylenol[MD], Tempra[MD], etc.)

Lettre aux parents

Objet : Zona

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Une personne du service de garde est atteinte du zona. Le zona est une manifestation tardive du virus de la varicelle qui survient après une période de latence, habituellement de plusieurs années. Le zona est rare chez les enfants.

Le zona se manifeste par des lésions vésiculaires groupées, le plus souvent à la région thoracique ; il est unilatéral et accompagné de douleur.

Les personnes atteintes de zona peuvent transmettre le virus de la varicelle jusqu'à ce que toutes leurs lésions soient croûteuses, soit environ une semaine après l'apparition des symptômes. On ne peut pas contracter le zona à la suite d'un contact avec une personne atteinte de zona. Le zona est beaucoup moins contagieux que la varicelle. Un contact direct avec les lésions doit avoir lieu.

Cependant, si votre enfant prend des médicaments (cortisone, traitement contre le cancer) ou souffre d'une maladie qui diminue ses défenses contre les infections (leucémie, sida), votre médecin vous a sans doute avisé que le virus de la varicelle peut être plus grave pour lui. Si c'est le cas, nous vous suggérons de communiquer immédiatement avec votre médecin pour lui expliquer la situation. Il pourra suggérer l'administration d'un traitement préventif.

Il existe un vaccin contre la varicelle qui est recommandé aux personnes âgées de 12 mois ou plus. Il prévient la maladie et les complications qui peuvent survenir à la suite d'une varicelle. Ce vaccin peut aussi prévenir la varicelle s'il est administré rapidement après un contact avec un cas de zona. Consultez votre médecin ou votre CLSC pour savoir s'il peut être utile pour votre enfant de recevoir ce vaccin à ce moment-ci.

Si votre enfant contracte la varicelle, veuillez aviser le service de garde et communiquer avec votre médecin ou votre CLSC au besoin. Votre enfant pourra revenir au service de garde lorsque son état de santé lui permettra de participer aux activités.

Merci de votre collaboration.

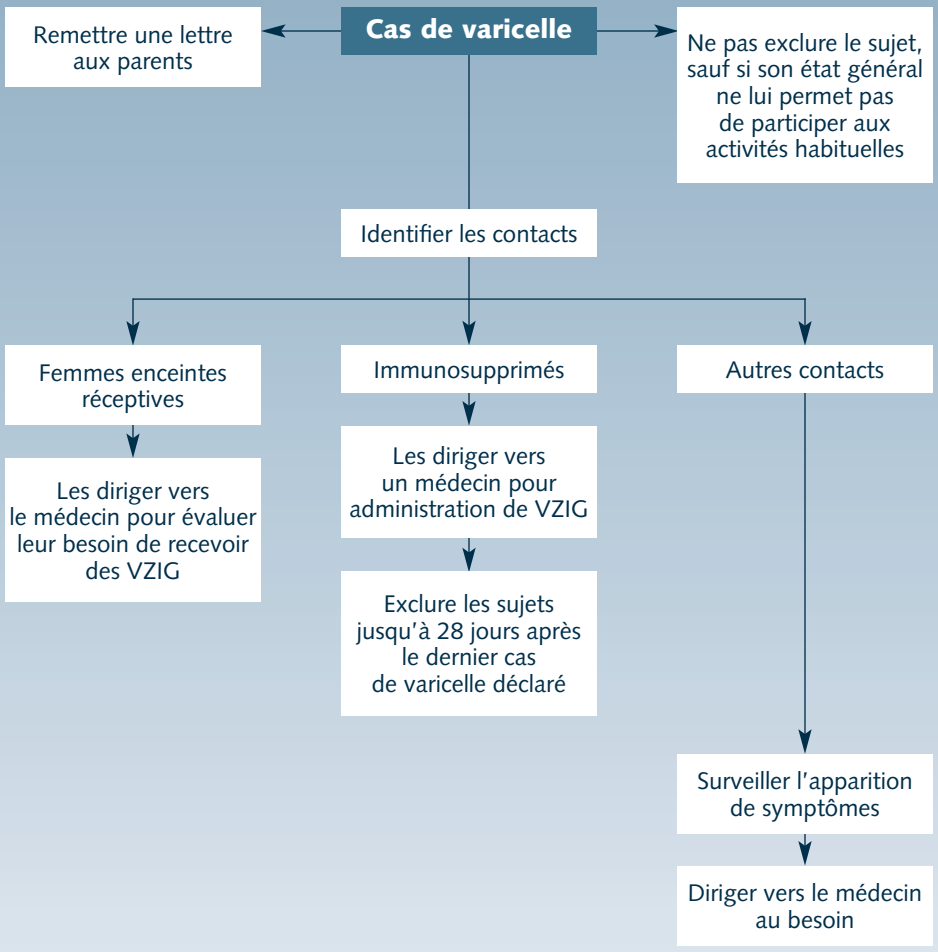
Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

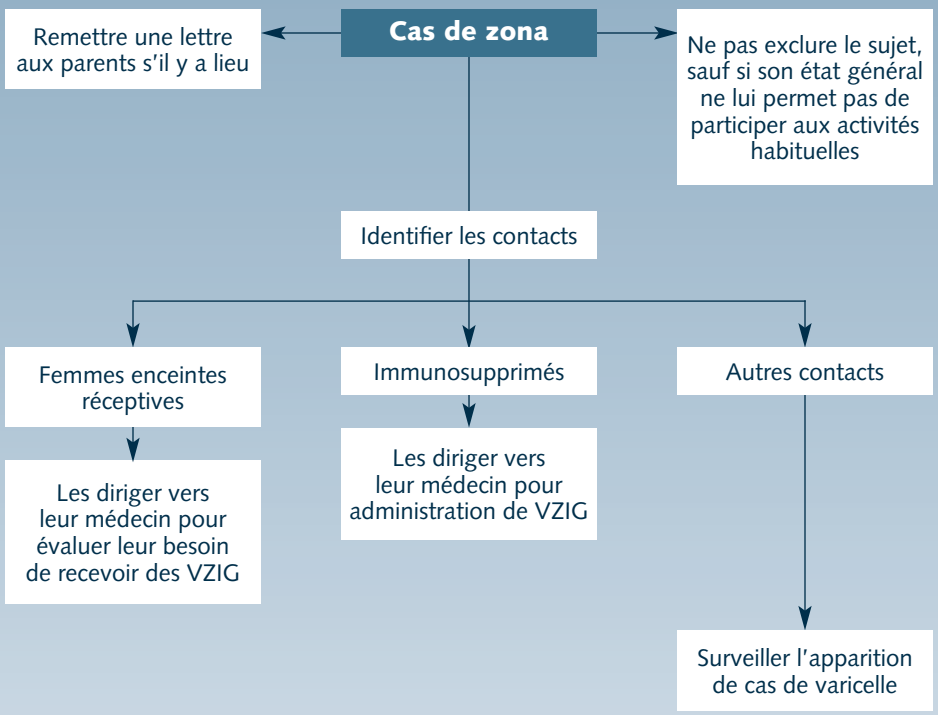
Téléphone : ( ) _____

Note
Si votre enfant contracte la varicelle, ne lui administrez pas d'aspirine [acide acétylsalicylique (AAS)] ni aucun autre produit contenant de l'aspirine. L'aspirine accroît le risque de syndrome de Reye, une affection grave pouvant porter atteinte au foie et au cerveau. Pour maîtriser la fièvre en toute sécurité, employez de l'acétaminophène (Tylenol[MD], Tempra[MD], etc.)

Arbre décisionnel


Cas de varicelle
Remettre une lettre aux parents
Ne pas exclure le sujet, sauf si son état général ne lui permet pas de participer aux activités habituelles
Identifier les contacts
Femmes enceintes réceptives
Les diriger vers le médecin pour évaluer leur besoin de recevoir des VZIG
Immunosupprimés
Les diriger vers un médecin pour administration de VZIG
Exclure les sujets jusqu'à 28 jours après le dernier cas de varicelle déclaré
Autres contacts
Surveiller l'apparition de symptômes
Diriger vers le médecin au besoin

Arbre décisionnel


Cas de zona
Remettre une lettre aux parents s'il y a lieu
Ne pas exclure le sujet, sauf si son état général ne lui permet pas de participer aux activités habituelles
Identifier les contacts
Femmes enceintes réceptives
Les diriger vers leur médecin pour évaluer leur besoin de recevoir des VZIG
Immunosupprimés
Les diriger vers leur médecin pour administration de VZIG
Autres contacts
Surveiller l'apparition de cas de varicelle

Information générale

Définition

Les verrues consistent en des lésions papillaires fréquentes et contagieuses causées par des virus du groupe papilloma humain (VPH).

Tableau clinique

Les verrues se présentent comme des papules à surface cornée dont l'apparence varie selon la région du corps affectée et le type de virus responsable.

Verrues vulgaires

Des papules bien délimitées et présentant une surface épaisse ou des protubérances papillaires. Ces lésions bénignes se présentent à la région palmaire, plantaire ou périunguéale. Elles sont très fréquentes chez les enfants.

Verrues planes

Des lésions aplaties et rondes prenant la couleur de la région de la peau sur laquelle elles sont situées. Ces lésions, qui surviennent souvent chez les enfants et les jeunes adultes, se présentent habituellement au visage, au cou ou sur le dos des mains.

Condylomes acuminés (principalement à la région anogénitale)

Des papillomes laryngés et buccaux et autres épidermodysplasies verruciformes survenant la plupart du temps chez l'adulte.

Complications

Les verrues vulgaires et planes sont bénignes et guérissent sans séquelles. D'autres types, qui affectent principalement l'adulte, peuvent évoluer vers la malignité.

Durée de la maladie

La durée des verrues est variable (moins de deux ans). La disparition spontanée est fréquente. Le traitement raccourcit la durée.

Mode de transmission

Les verrues se transmettent de personne à personne, par contact avec les lésions ou avec des objets ou des surfaces contaminés (planchers). L'auto-inoculation est fréquente.

De la mère à l'enfant au moment de l'accouchement (papillome laryngé et buccal).

Période d'incubation

La période d'incubation des verrues dure environ deux à trois mois. (Elle peut s'étendre à plusieurs années.)

Période de contagiosité

La période de contagiosité des verrues est inconnue. Elle dure probablement tant qu'il y a des lésions.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible d'attraper des verrues. Cependant, on observe une réceptivité accrue chez les personnes immunosupprimées.

Immunité

La disparition spontanée des verrues et l'absence de récidives chez des personnes immunocompétentes suggèrent un certain degré d'immunité pour quelques types de verrues.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Examen clinique, test à l'acide acétique (vinaigre) pour les condylomes du col utérin.

▲ exceptionnelles

- L'examen microscopique des lésions permet de distinguer les lésions du condylome acuminé de celles du molluscum contagiosum. On effectue un typage de l'ADN aux fins de pronostic d'évolution dans quelques centres spécialisés.

Traitement

▲ spécifique

- Cryothérapie, électrocautérisation, curetage, agents kératolytiques locaux, photothérapie au laser.

▲ de soutien

- Aucun.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune particularité n'est associée à la femme enceinte pour les verrues bénignes. Il faut être vigilant dans l'utilisation d'agents kératolytiques pour le traitement des verrues disséminées et potentiellement malignes.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune enquête n'est requise. Cependant, si des enfants âgés de plus de 2 ans présentent des condylomes à la région anogénitale, on doit envisager un abus sexuel. Il est toutefois prudent de s'assurer, par biopsie, qu'il s'agit bien d'un condylome acuminé et non d'un molluscum contagiosum.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure le sujet. Cependant, le sujet atteint de verrue plantaire ne doit jamais circuler pieds nus.
- Contacts
  - Éviter de toucher les lésions des personnes infectées.

Environnement

Profiter de l'occasion pour rappeler aux enfants et au personnel de ne pas marcher pieds nus dans des endroits publics.

Suivi

Aucun.

Information générale

Définition

L'infection par des parasites ou des vers intestinaux est très rare en Amérique du Nord. Les sections précédentes ont déjà permis de décrire les infections causées par trois de ces parasites, soit *l'Ascaris lumbricoides*, le ver à crochet (l'ankylostome) et l'oxyure *Enterobius vermicularis* (voir les sections « Ascaridiase », « Ankylostomiase » et « Oxyurose »). La présente section porte sur les catégories de parasites suivantes :

Nématodes

- *Strongyloides stercoralis* (anguillule responsable de l'anguillulose).
- *Trichuris trichiura* (ver à fouet responsable de la trichocéphalose).

Tænias

- *Diphyllobothrium spp* (responsable de la diphyllobothriase).
- *Echinococcus granulosus* (responsable de l'hydatidose).
- *Tænia solium* ou ver solitaire (responsable de la tæniase et de la cysticercose).
- *Tænia saginata* (responsable de la tæniase).

Cycle de vie

Malgré des cycles de vie fort complexes, tous ces parasites doivent être ingérés pour provoquer l'infection. L'ingestion peut se reproduire lorsque les larves ou les œufs infectieux se retrouvent dans l'eau, les aliments ou le sol, ou sur des surfaces ou des objets. L'infestation à nématode survient principalement lorsque des selles humaines contaminent des aliments ou de l'eau. La viande de plusieurs espèces animales, telles que le poisson (pour le *Diphyllobothrium spp*.), le bœuf (pour *Tænia saginata*) ou le porc (pour *Tænia solium*), constitue la principale source d'infestation à ténias. Une fois ingérés, les œufs ou les larves passent par de multiples phases de développement et de migration dans le corps avant d'atteindre l'état adulte dans les intestins de l'hôte. Les œufs pondus par les femelles adultes sont éliminés dans les selles et contaminent l'environnement.

La cysticercose et l'hydatidose représentent des maladies particulières chez les êtres humains. Elles se produisent à la suite de l'ingestion des œufs de *Tænia solium* ou de *Echinococcus granulosus* provenant d'un environnement contaminé par des excréments de porcs ou de canins infectés plutôt que de larves enkystées provenant de la viande. Les œufs qui se transforment en larves dans le corps humain s'enkystent ensuite dans les tissus, causant d'éventuelles mais graves complications.

Tableau clinique

La plupart des infections par des vers intestinaux donnent peu de symptômes cliniques.

Complications

Les complications liées à une infection par des vers intestinaux surviennent lorsque l'infection est sévère ou lorsque le sujet souffre de malnutrition.

Durée de la maladie

Sans traitement, l'infection par des vers intestinaux peut durer des dizaines d'années, dans les endroits endémiques ou non. L'infestation à *Trichuris trichiura* dure généralement moins d'un an dans les régions non endémiques.

Mode de transmission

Ces parasites se transmettent généralement par de l'eau ou des aliments contaminés ou par contact avec des surfaces contaminées par les matières fécales de l'homme. L'anguillule constitue cependant l'exception à la règle, car son cycle est auto-infestant. Autrement dit, une personne peut se réinfester elle-même sans que l'environnement n'intervienne dans le mode de transmission.

Période d'incubation

La période d'incubation des vers intestinaux dure quelques semaines.

Période de contagiosité

À l'exception des personnes infestées par *l'Echinococcus granulosus,* qui n'arrive jamais à maturité, la période de contagiosité pour les autres parasites dure tant que la personne infestée excrète les œufs et qu'un traitement efficace n'est pas en cours. Les œufs éliminés par une personne infestée ne peuvent survivre dans l'environnement que sous des conditions climatiques particulières (chaleur, humidité).

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une infection par des vers intestinaux.

Immunité

L'infection par des vers intestinaux ne confère aucune immunité.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Examen microscopique des selles pour la recherche d'œufs.

▲ **exceptionnelle**

- Radiographie et échographie pour la cysticercose et l'hydatidose.

Traitement

▲ Spécifique

Nématodes

- *Trichuris trichiura*
  - mebendazole (enfant > 2 ans) 100 mg, *p. o.* 2 doses quotidiennes pendant 3 jours
- *Strongylodies stercoralis*
  - thiabendazole (Mintezol[MD]), 50 mg/kg/24 h divisés en 2 doses pendant 2 jours (maximum, 3 g/24 h).
- Deux autres médicaments, lesquels peuvent être obtenus par le programme d'accès spécial de Santé Canada, sont aussi efficaces.
  - Ivermectin 200 mg/kg/24 h, *p. o.*, 1 dose par jour, pendant 1 à 2 jours.
  - Albendazole 400 mg, divisés en 4 doses quotidiennes, pendant 3 jours.

Tænias (sauf dans le cas de Echinococcus)

- Praziquantel 5 à 10mg/kg, dose unique pendant 2 jours.

Particularités associées au service de garde

L'environnement des services de garde ne comporte qu'un risque minime de transmission, puisque l'infection par des vers intestinaux, très rare, ne s'acquiert que dans des endroits contaminés par des selles humaines infestées.

Particularités associées à la femme enceinte

Certains médicaments ne peuvent être administrés aux femmes enceintes. Il est donc préférable de leur recommander de voir leur médecin.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Ne pas exclure le sujet.
  - Assurer un traitement efficace.
- Contacts
  - Aucune mesure.

Environnement

Assurer une excellente hygiène de l'environnement, afin d'éliminer la contamination par des selles humaines.

Renforcer les mesures d'hygiène dont le lavage des mains.

Suivi

Réexaminer les selles du sujet après le traitement, afin de vérifier l'efficacité de celui-ci.

Information générale

Définition

L'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est causée par un rétrovirus, le virus de l'immunodéficience humaine de types 1 (VIH-1) ou 2 (VIH-2). Ce dernier virus est extrêmement rare en Amérique. Le nombre d'enfants infectés par le VIH n'est pas connu précisément. La majorité des cas d'infection infantile au VIH résultent d'une transmission de la mère infectée à son enfant.

Tableau clinique

L'infection au VIH donne une variété de manifestations cliniques allant de l'infection asymptomatique au sida (syndrome d'immunodéficience acquise). Les manifestations cliniques les plus fréquentes du sida chez les enfants sont les suivantes : lymphadénopathies généralisées, retard de croissance, diarrhée récurrente, pneumonie interstitielle lymphoïde et infections opportunistes.

Complications

Les complications sont les infections opportunistes, les néoplasies et le décès.

Durée de la maladie

La durée de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine est variable. Quoique les thérapies antirétrovirales ont beaucoup amélioré la survie des enfants infectés par le VIH, le pronostic demeure sombre pour ceux infectés en période périnatale et qui deviennent symptomatiques durant la première année de vie.

Mode de transmission

L'infection au virus de l'immunodéficience humaine se transmet de trois façons différentes :

- par relations sexuelles (mode de transmission le plus fréquent) ;
- de la mère à l'enfant durant la grossesse, l'accouchement ou par l'allaitement ;
- par voie sanguine.

Le contact du sang sur une peau saine **n'est pas** un moyen de transmission reconnu du VIH. Afin d'être transmis, le VIH contenu dans le sang doit être inoculé par voie percutanée (ex. : piqûre d'aiguille contaminée), ou être en contact avec une muqueuse (ex. : nez, œil, bouche) ou une plaie cutanée. Dans ces derniers cas, le risque de transmission est jugé presque nul. De plus, les occasions permettant de tels contacts sont rares en service de garde.

Une morsure sans bris cutané n'est pas une porte d'entrée pour le VIH. Seule une morsure avec bris cutané pourrait transmettre le VIH *si* l'agresseur a du sang dans la bouche. Cette situation est exceptionnelle en service de garde.

Période d'incubation

La période d'incubation de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine est variable, allant de quelques mois à quelques années. Les symptômes apparaissent autour de l'âge de 12 à 18 mois chez les enfants infectés en période périnatale et non traités. Sous thérapie antirétrovirale, de plus en plus d'enfants sont encore asymptomatiques après l'âge de 5 ans.

Période de contagiosité

La période de contagiosité de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine est permanente par les liquides biologiques, dont les principaux sont le sang, le sperme et les sécrétions vaginales.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'infection au virus de l'immunodéficience humaine.

Immunité

L'infection au virus de l'immunodéficience humaine ne confère aucune immunité. La présence d'anticorps ne signifie pas qu'il y ait immunité.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ **habituelles**

- Dosage sanguin des anticorps
- Détection de l'antigène du virus par PCR (PCR-DNA) ou détection de l'antigène p-24 chez les enfants de moins de 18 mois

▲ **exceptionnelles**

- Culture virale sanguine

Traitement

▲ **spécifique**

- Thérapie antirétrovirale selon certains critères cliniques, immunologiques ou de laboratoire.

▲ **de soutien**

- Traitement des néoplasies et des infections et prophylaxie des infections opportunistes.
- Prophylactique
- Thérapie antirétrovirale à la suite d'une exposition à risque

Particularités associées au service de garde

Aucun cas de transmission du VIH en service de garde n'a été rapporté dans la littérature mondiale. Un enfant infecté par le VIH ne représente pas un risque de transmission du virus aux autres enfants par les contacts de la vie courante (boire dans le même verre, donner une accolade, partager des jeux, utiliser le même siège de toilette, etc.).

En service de garde, le seul liquide biologique avec lequel il faut prendre des précautions est le sang. Les larmes, la salive, l'urine, les sécrétions nasales, la sueur et les selles ne représentent aucun risque de transmission du VIH s'ils ne sont pas visiblement teintés de sang.

Chaque service de garde devrait se doter d'une politique relative aux maladies transmissibles par le sang et informer les parents de cette politique. Pour plus d'informations, se référer au document *Les maladies transmissibles par le sang et les services de garde à l'enfance. Recueil d'informations visant à soutenir les services de garde qui désirent établir une politique relative aux maladies transmissibles par le sang (dont celle causée par le virus de l'immunodéficience humaine ou le virus de l'hépatite B)*, publié par la Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, en mai 1995.

Particularités associées à la femme enceinte

L'administration, durant la grossesse et l'accouchement, d'antirétroviraux aux femmes enceintes infectées par le VIH diminue considérablement le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant.

Mesures à prendre

Enquête

Aucune.

Rien n'oblige les parents à divulguer l'état sérologique de leur enfant au service de garde. C'est aux parents que revient de considérer les avantages (protection de l'enfant) et les inconvénients (discrimination, rejet) qui peuvent découler de leur décision.

Le droit de l'enfant et de ses parents à la confidentialité doit être respecté.

- Sujet
  - Ne pas exclure le sujet pour la seule raison d'une infection au VIH.
  - C'est le médecin traitant qui, en collaboration avec les parents, décide de la pertinence ou non pour l'enfant infecté de fréquenter un service de garde. L'état du système immunitaire, le comportement de l'enfant, l'état général, les soins requis et la médication sont des facteurs à considérer.
- Contacts
  - Aucune intervention n'est justifiée pour les contacts à moins d'une exposition significative à du sang. Dans un tel cas, référer immédiatement la personne exposée à son médecin ou CLSC ou service d'urgence afin d'évaluer la nécessité ou non d'une prophylaxie post-exposition. Lorsqu'elle est indiquée, la prophylaxie post-exposition devrait être administrée dans les heures qui suivent l'exposition.
  - Toute mesure visant à dépister le VIH chez les enfants ou le personnel pouvant être infectés est à proscrire.

Environnement

S'assurer que les mesures de prévention des maladies transmissibles par le sang sont appliquées au service de garde, lesquelles incluent les pratiques de base, et les mesures de prophylaxie post-exposition.

Note
Voir le chapitre III et **l'Avis de santé publique sur le contrôle des maladies transmissibles par le sang dans le contexte d'un service de garde à l'enfance,** publié par la Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, en avril 1994, ainsi que **l'annexe à ce document, section travailleurs,** publié par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre en mai 1997.

Suivi

Fournir au personnel toute l'information et le soutien nécessaires.

Tenir des séances d'information auprès des parents si cela est requis.

Information générale

Définition

La yersiniose est une maladie entérique causée par une bactérie du genre *Yersinia*, autre que *Yersinia pestis* (responsable de la peste). Il existe deux types de *Yersinia* responsables de cette condition chez l'homme : *Yersinia pseudotuberculosis* et *Yersinia enterocolitica*.

Nous ne traiterons dans ce chapitre que du *Yersinia enterocolitica,* qui est l'agent le plus fréquemment isolé chez les jeunes enfants.

Tableau clinique

La yersiniose est une maladie entérique aiguë qui se caractérise par de la diarrhée (surtout chez les jeunes enfants). Une entérocolite ou une lymphadénite mésentérique pouvant être confondue avec une appendicite peut se présenter chez les enfants plus âgés et les jeunes adultes. Il peut y avoir présence de fièvre, de céphalées, de pharyngite, d'anorexie et de vomissements.

Complications

Les complications liées à la yersiniose sont plus fréquentes chez les adultes. La maladie entraîne, dans 20 à 25 % des cas, un érythème noueux affectant des adultes et, plus particulièrement, des femmes.

Les autres complications possibles sont l'arthrite, les ulcérations cutanées et les septicémies.

Durée de la maladie

La yersiniose dure habituellement moins d'une semaine.

Mode de transmission

La yersiniose se transmet par contact avec des personnes ou des animaux infectés (par voie fécale-orale) et, parfois, par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés par des selles (lait non pasteurisé, légumes non lavés, viande crue ou insuffisamment cuite, surtout le porc).

Période d'incubation

La période d'incubation de la yersiniose dure habituellement de quatre à six jours, pouvant aller jusqu'à quatorze jours.

Période de contagiosité

La période d'incubation de la yersiniose dure tant que la bactérie peut être excrétée dans les selles, c'est-à-dire durant toute la durée de la maladie et jusqu'à six semaines après le début des symptômes.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la yersiniose, mais c'est une maladie plus fréquente chez les enfants et plus sévère chez les adolescents et les adultes.

Immunité

La yersiniose ne confère aucune immunité.

Aucun vaccin n'est disponible.

Méthodes diagnostiques

▲ habituelles

- Culture de selles.

▲ exceptionnelles

- Hémoculture dans les cas de septicémie, d'atteinte des ganglions mésentériques et d'arthrite.
- Culture du liquide synovial.

Traitement

▲ spécifique

- Dans les cas de sévérité modérée, on recommande le traitement au TMP-SMX (TMP, 8 mg/kg/24 h ; SMX, 40 mg/kg/24 h, *p. o.*, divisés en 2 doses). Les cas sévères sont hospitalisés. Un traitement parentéral aux antibiotiques peut être indiqué. Le traitement diminue l'excrétion de micro-organismes, mais n'a généralement pas d'effet sur la symptomatologie intestinale.

▲ de soutien

- Selon les symptômes, réhydratation.
- Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués.

Particularités associées au service de garde

Aucune épidémie de yersiniose n'a été rapportée en service de garde à ce jour.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

Mesures à prendre

Enquête

Lors de l'enquête, on doit :

- téléphoner au service de garde dès la confirmation d'un cas ;
- visiter le service de garde si on constate un nombre accru de cas de diarrhée ;
- identifier les contacts et s'informer s'ils ont présenté des symptômes ;
- communiquer avec le laboratoire pour s'entendre sur les modalités ;
- vérifier si des animaux domestiques peuvent être une source d'infection ;
- faire une enquête alimentaire si plusieurs cas apparaissent simultanément (voir la section « *Intoxication alimentaire* »).

Mesures de contrôle

- Sujet
  - Exclure le sujet jusqu'à disparition de la diarrhée.
  - Si le sujet manipule des aliments, il peut réintégrer le service de garde après la disparition des symptômes si les mesures d'hygiène recommandées sont bien suivies.
- Contacts
  - Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe que le sujet, ainsi que les membres de la famille du sujet.
  - Remettre une lettre aux parents des enfants considérés comme contacts.
  - Exclure les contacts symptomatiques jusqu'à disparition des symptômes.
  - Faire une culture de selles à quelques-uns d'entre eux si le nombre de cas secondaires de diarrhée dans le groupe est inhabituel.
  - Si la culture est positive, appliquer les mêmes mesures que pour le sujet.
  - Si la culture est négative, voir les mesures de contrôle à la section « *Diarrhée* ».
  - Surveiller les contacts asymptomatiques.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, et réviser la technique de changement de couches.

Les membres du personnel s'occupant des enfants aux couches ne devraient pas préparer les aliments.

Désinfecter le matériel utilisé au service de garde, incluant les jouets.

Suivi

Surveiller le service de garde jusqu'à la fin de l'éclosion, s'il y a lieu.

Lettre aux parents

Objet : Cas de yersiniose

Lieu : _____

Date : _____

Chers parents,

Présentement, il y a au service de garde une personne souffrant de yersiniose. Cette maladie causée par une bactérie se manifeste par de la diarrhée, parfois de la fièvre, des vomissements et des douleurs abdominales qui peuvent être importantes.

La maladie peut se transmettre d'une personne à une autre ou par l'eau, les mains, les aliments ou les objets contaminés (jouets). La transmission est favorisée par la présence d'enfants aux couches, car ceux-ci n'ont pas acquis d'habitudes d'hygiène et ils ont l'habitude de porter les objets à leur bouche. Le traitement consiste à réhydrater l'enfant et à administrer des antibiotiques.

❑ Votre enfant présente des symptômes. Nous vous demandons de le garder à la maison et de fournir un prélèvement de ses selles pour analyse. Veuillez retourner le prélèvement à :

_____

❑ Votre enfant présente des symptômes. Nous vous demandons de le garder à la maison.

❑ Si votre enfant présente des symptômes dans les jours qui suivent, nous vous demandons de le garder à la maison et de prendre contact avec :

_____

Nous vous informerons ultérieurement de la marche à suivre, s'il y a lieu.

Merci de votre collaboration.

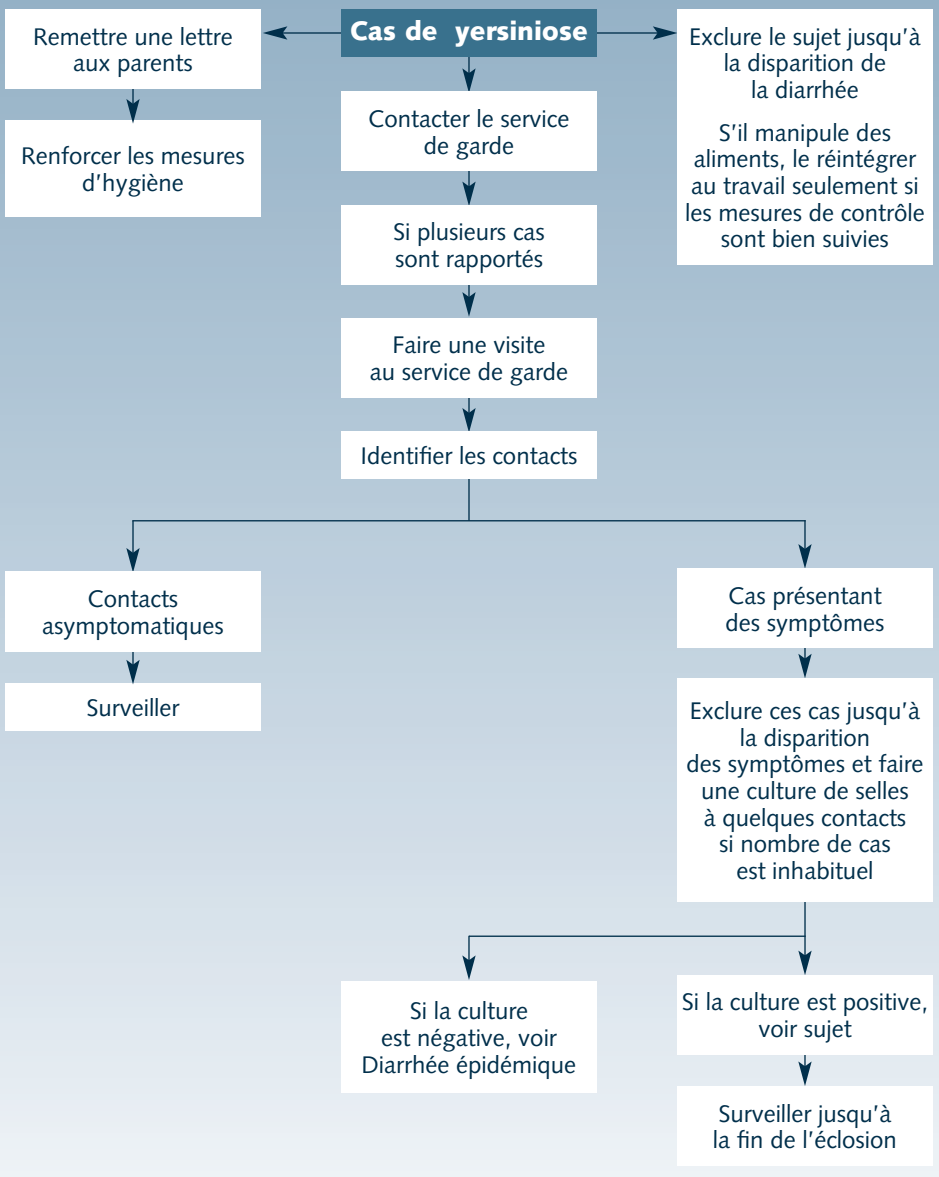
Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : ( ) _____

Arbre décisionnel


Cas de yersiniose
Remettre une lettre aux parents
Renforcer les mesures d'hygiène
Exclure le sujet jusqu'à la disparition de la diarrhée
S'il manipule des aliments, le réintégrer au travail seulement si les mesures de contrôle sont bien suivies
Contacter le service de garde
Si plusieurs cas sont rapportés
Faire une visite au service de garde
Identifier les contacts
Contacts asymptomatiques
Surveiller
Cas présentant des symptômes
Exclure ces cas jusqu'à la disparition des symptômes et faire une culture de selles à quelques contacts si nombre de cas est inhabituel
Si la culture est négative, voir Diarrhée épidémique
Si la culture est positive, voir sujet
Surveiller jusqu'à la fin de l'éclosion

Chapitre 5

Conditions particulières associées aux centres de la petite enfance

LA FEMME ENCEINTE

Les femmes enceintes qui sont les plus susceptibles de contracter une maladie infectieuse sont celles qui travaillent dans un service de garde et les mères des enfants qui le fréquentent. On a en effet démontré que les enfants fréquentant un service de garde peuvent ramener dans leur foyer certains des organismes infectieux présents dans ce type d'établissements. Leur mère peut également être contaminée quand elle vient les chercher au service de garde.

On connaît maintenant mieux le risque que court le fœtus d'une femme enceinte en contact fréquent avec les enfants d'être infecté. Les organismes souvent en cause sont ceux de la rougeole, de la rubéole, des oreillons, de la varicelle, du cytomégalovirus et du parvovirus. À la lumière des informations dont nous disposons pour l'instant pour les autres agents infectieux, même si la femme enceinte peut être exposée lorsqu'elle est en contact avec les enfants, le risque demeure négligeable.

Au Québec, une loi permet le retrait préventif de la travailleuse enceinte lorsqu'il y a risque pour son fœtus. Les responsables d'un service de garde en milieu familial ne peuvent, en tant que travailleuses autonomes, recourir au retrait préventif, mais elles sont invitées à se donner des conditions de travail qui diminueront les risques.

L'infection à cytomégalovirus

Les jeunes enfants contractent le plus souvent l'infection à CMV par contact avec des objets contaminés. Ainsi, jusqu'à 50 % des enfants fréquentant les services de garde excrètent le virus, lequel se retrouve surtout dans l'urine, mais aussi dans la salive. Ce sont les enfants de moins de 48 mois qui sont les plus grands excréteurs du virus.

Ces enfants peuvent transmettre le virus à l'entourage qui prend soin d'eux. On a en effet démontré que les enfants qui fréquentent les services de garde, plus particulièrement ceux de moins de 36 mois, pouvaient transmettre le virus à leurs parents et aux éducateurs qui s'occupent d'eux. Ces adultes courent un risque de contracter l'infection dix à vingt fois plus grand que la population en général. Ce danger de transmission ne semble cependant pas être aussi élevé en milieu hospitalier, où la nature des tâches et les mesures de contrôle des infections sont différentes.

L'infection congénitale, faisant suite à une transmission du virus à travers le placenta durant la grossesse, se rencontre dans 0,5 à 2,4 % des naissances vivantes. Plus de 90 % de ces infections ne causent pas de problèmes évidents à la naissance, mais 5 à 20 % de ces nouveau-nés pourront présenter des troubles d'audition ou un retard mental. Sauf dans quelques rares exceptions, les infections congénitales avec séquelles surviennent lorsque la mère a subi une primo-infection en début de grossesse.

La situation la plus à risque pour le fœtus serait donc celle d'une femme qui n'a pas d'anticorps contre le CMV et qui travaille comme éducatrice dans un service de garde auprès d'enfants de moins de 36 mois ou qui a un enfant de moins de 36 mois qui fréquente un service de garde. La possibilité que la mère fasse l'infection pendant les premiers mois de sa grossesse est de l'ordre de 7 à 30 %. Dans 75 % des cas, le virus infectera le fœtus. À la naissance, 10 à 20 % de ces nouveau-nés présenteront des signes d'infection. On peut donc conclure qu'une femme n'ayant pas d'anticorps contre le CMV et qui poursuit sa grossesse tout en travaillant dans un service de garde risque, dans 1 à 5 % des cas, de donner naissance à un enfant présentant des signes cliniques d'une infection congénitale à CMV.

Au Québec, par mesure de prévention, on recommande de retirer une éducatrice enceinte du milieu de garde (indépendamment de son état sérologique pour le CMV) lorsqu'elle ne peut être affectée à d'autres tâches moins à risque.

Les éducatrices en service de garde en milieu familial qui ne peuvent bénéficier du retrait préventif ou les femmes qui planifient une grossesse et qui sont en contact avec de jeunes enfants fréquentant un service de garde doivent appliquer rigoureusement les mesures d'hygiène, notamment le lavage des mains, après avoir été en contact avec l'urine ou la salive des enfants. On a en effet démontré que les femmes enceintes bien informées de l'épidémiologie du CMV sont suffisamment motivées pour bien suivre les recommandations qui leur sont faites et, ce faisant, elles n'acquièrent pas l'infection. On pourrait aussi envisager de les affecter provisoirement auprès d'enfants âgés de 3 ans et plus ou d'effectuer un dépistage sérologique (suivi d'un « counselling » médical).

La rubéole

Jusqu'à la découverte du vaccin, le virus de la rubéole était le virus le plus fréquemment responsable des malformations congénitales d'origine infectieuse. On peut maintenant contrôler facilement la rubéole congénitale en s'assurant que toutes les femmes en âge de procréer sont protégées contre le virus, soit parce qu'elles ont reçu le vaccin, soit parce qu'elles ont développé des anticorps contre le virus.

La rougeole

Même si le virus de la rougeole n'a pas été associé à des malformations congénitales, une infection en début de grossesse est associée à un plus grand nombre d'avortements. Encore là, il est possible de protéger les personnes exposées par une vaccination adéquate. Deux doses de vaccin sont donc recommandées aux travailleuses en service de garde qui sont nées après 1980 et qui désirent avoir des enfants. Une seule dose est

recommandée à celles qui sont nées entre 1957 et 1979. Il faut cependant rappeler que, depuis janvier 1996, le programme habituel de vaccination prévoit deux doses de vaccin pour tous les enfants. Le risque de contracter une rougeole est pratiquement inexistant dans un service de garde où on s'assure que le calendrier de vaccination des enfants est à jour.

La varicelle

Une varicelle en début de grossesse peut causer des malformations sévères chez le fœtus. Or, la varicelle est une maladie qui peut survenir tout au cours de l'année et qui est très fréquente en service de garde.

Une femme qui n'a jamais fait la maladie ou qui n'a pas développé d'anticorps contre le virus met son fœtus en danger lorsqu'elle travaille auprès des enfants. En conséquence, étant donné la prévalence de la varicelle en service de garde, on recommande au Québec le retrait préventif de la travailleuse en service de garde qui n'a pas d'histoire de varicelle antérieure ou d'anticorps contre cette infection.

Tout adulte qui n'a pas attrapé la varicelle et qui n'a pas d'anticorps contre cette maladie devrait se faire vacciner, en particulier ceux qui travaillent auprès des enfants, comme les membres du personnel des services de garde.

L'infection à parvovirus

Le parvovirus est le virus responsable de la cinquième maladie, une maladie bénigne chez l'enfant mais qui peut être dommageable pour le fœtus (avortement spontané, anasarque fœtoplacentaire) si la mère fait l'infection. La maladie est plus fréquente chez les enfants d'âge scolaire que chez les enfants plus jeunes.

On peut, par un test sérologique, vérifier si une personne a déjà fait la maladie et, de ce fait, si elle est protégée contre celle-ci. Toute femme enceinte travaillant dans un service de garde où est déclaré un cas d'infection à parvovirus devrait passer ce test. Le retrait préventif est alors recommandé, à moins que le test sérologique ne révèle que la mère a déjà fait la maladie. Le risque d'atteinte du fœtus, lorsqu'une mère séronégative est exposée, est de l'ordre de 2 à 3 %.

En résumé

La travailleuse en service de garde qui prévoit une grossesse devrait s'assurer qu'elle est bien protégée contre la rubéole, la rougeole et la varicelle. Au Québec, nous recommandons de retirer la femme enceinte de ce milieu ou de l'affecter à des tâches qui ne la mettent pas en contact étroit avec des enfants de moins de 3 ans.

De tout temps, les animaux ont été les compagnons de l'homme, et il est reconnu que prendre soin d'un animal peut diminuer le stress et la solitude. Un animal peut apporter beaucoup de plaisir à un enfant. La présence d'un animal peut notamment aider un enfant hospitalisé à supporter sa maladie ainsi que les traitements qu'il doit subir et réduire son anxiété face à l'hospitalisation. Ceci nécessite cependant le respect de plusieurs conditions nécessaires à la sécurité des enfants, dont l'évaluation de l'animal par un vétérinaire.

Dans les centres de la petite enfance, il est à peu près impossible de satisfaire les conditions qui seraient requises pour permettre la présence d'animaux, ceci en raison des caractéristiques de la population qui fréquente ce milieu, soit l'âge, les habitudes d'hygiène et la fréquence de certains problèmes de santé, comme les allergies et l'asthme. D'ailleurs, l'article 78 du règlement sur les centres de la petite enfance interdit la présence d'animaux pour la garde en installation. Du côté du ministère de l'Éducation, les experts de la santé publique ont aussi demandé à plusieurs reprises que les animaux ne soient pas tolérés dans les écoles, sauf si l'établissement comporte un local isolé et ventilé avec antichambre.

Le risque allergique

Le risque le plus important que courent les personnes exposées aux animaux est de développer une allergie. Celle-ci se manifeste notamment par de l'asthme, une rhinite et de l'urticaire. Les pellicules, la salive, les plumes, les poils et les excrétas des animaux peuvent tous être à l'origine du problème. Les allergènes protéiques venant des animaux sont facilement inhalés pour atteindre les bronches et provoquer, en bout de ligne, de l'asthme. Cette atteinte des bronches peut prendre des années à se résorber après que l'environnement ait été contrôlé. Si l'exposition a été prolongée, l'atteinte bronchique devient chronique et persistante.

La présence d'animaux peut aussi sensibiliser des personnes qui n'étaient pas connues comme allergiques. Il y a donc un risque de sensibiliser non seulement les enfants mais aussi le personnel. L'asthme allergique attribuable aux animaux est actuellement reconnu par la CSST comme une maladie occupationnelle. Plusieurs personnes chez qui le diagnostic d'asthme occupationnel a été porté ont du réorienter leur carrière (vétérinaire, technicien de laboratoires où on travaille avec des animaux, infirmière dans des centres gériatriques où la zoothérapie avait été implantée).

L'allergie aux animaux est fréquente et la prévalence du problème augmente avec l'âge. Alors que le pourcentage d'enfants âgés de moins de 4 ans présentant une allergie aux chats et aux chiens est de 12 %, la proportion passe à 30 % chez les adolescents.

Les animaux les plus souvent incriminés sont les chats et les chiens. Mais, il ne faut pas oublier les petits rongeurs, comme les hamsters, les lapins et les souris, ainsi que les oiseaux, en particulier les perruches, les perroquets et les tourterelles. De plus, il n'existe pas d'animaux hypoallergènes. Ce concept est véhiculé à tort par certains vétérinaires.

Le potentiel allergique d'un animal n'est pas nécessairement lié à sa taille. Certains oiseaux, comme les perruches, les perroquets, les tourterelles et les pigeons, peuvent engendrer des alvéolites allergiques évoluant à bas bruit et pouvant passer pour de l'asthme. De plus, pour développer des symptômes allergiques aux animaux, un contact direct n'est pas absolument requis. Lorsque des allergènes entrent en circulation dans l'air ambiant, ceci est suffisant pour déclencher des symptômes chez des patients sensibles. Les enfants allergiques doivent donc absolument être dispensés des activités impliquant des animaux vivants.

Le risque infectieux

La transmission d'infections par les animaux dans les centres de la petite enfance a été rarement rapportée dans la littérature scientifique. Cependant, le risque de contracter certaines zoonoses (maladie infectieuse d'un animal pouvant être transmise à l'homme), en particulier celles transmises par voie fécale-orale, est plus élevé chez les enfants à cause du type de contacts qu'ils ont avec leur animal. Ces zoonoses sont véhiculées le plus souvent par les chats, les chiens et les tortues aquatiques. Habituellement, l'animal à l'origine de l'infection semble en bonne santé.

Les zoonoses sont transmises par les selles ou l'urine (la salmonellose, la toxoplasmose, la toxocarose et la chorioméningite lymphocytaire), par contact cutané (dermatophytoses), morsure (pasteurella multocida) ou griffure (maladie de la griffure de chat) ou par inhalation (psittacose). On rapporte dans la littérature médicale qu'un chat utilisé comme zoothérapeute dans une unité de soins pour personnes âgées a déjà été à l'origine d'une épidémie de staphylocoques résistants aux antibiotiques. Les tortues et les reptiles posent un problème majeur de salmonellose, car les aquariums sont souvent contaminés par des salmonella. De même, les mangeoires à oiseaux exposent à coup sûr les enfants aux fèces des oiseaux si elles se trouvent dans leur aire de jeux.

Le risque de blessures

Les morsures sont les problèmes les plus fréquents causés par des animaux. Si les lésions sont souvent bénignes, elles peuvent s'infecter, être parfois mutilantes et, même, avoir une issue dramatique.

En résumé

Les services de garde ne sont donc pas des lieux appropriés pour apprivoiser et côtoyer les animaux, car ils peuvent représenter un risque pour les enfants, le personnel ainsi que les animaux eux-mêmes. On déconseille même d'emmener un animal en visite au service de garde, car les allergènes laissés par l'animal peuvent persister dans l'environnement pendant plusieurs mois.

Par conséquent, la présence d'animaux est à proscrire, que ce soit pour la garde en installation ou la garde en milieu familial. Il sera plus simple d'organiser une visite au zoo. (On doit cependant au préalable en avertir les parents, qui pourraient décider de garder leurs enfants à la maison.)

Seuls les poissons pourraient être tolérés dans ces établissements, à condition que les enfants ne puissent toucher l'eau des aquariums, laquelle est fréquemment contaminée par des salmonella.

Généralités

L'agressivité se définit par un comportement verbal ou physique qui blesse une personne ou endommage un bien. Elle peut se manifester de plusieurs façons. Dans la présente section, nous nous intéresserons à la morsure, puisqu'elle présente un risque infectieux.

Une morsure impliquant un bris cutané (une interruption de l'intégrité de la peau) peut s'infecter ou permettre la transmission du virus de l'hépatite B (VHB). En général, un saignement, le plus souvent minime, survient au moment du bris cutané. Des empreintes de dents, des ecchymoses, des pétéchies ne constituent pas des bris cutanés.

La fréquence des morsures

Une étude américaine portant sur l'épidémiologie des morsures en service de garde a montré que près de la moitié (46 %) des enfants ont été mordus au moins une fois pendant une année de fréquentation. Le groupe d'enfants âgés de 16 à 30 mois est celui qui présente le plus haut taux de morsure. La sévérité des morsures n'est pas mentionnée ; aucune morsure n'a toutefois entraîné de consultations auprès d'une infirmière, d'un médecin ou à l'urgence.

Une autre étude américaine a montré que 50 % des 113 enfants d'un service de garde ont, sur une période de trois ans et demi, subi des morsures infligées par un autre enfant ou par eux-mêmes. Le groupe des enfants de 13 à 24 mois est celui pour lequel on compte le plus grand nombre de morsures. Selon cette étude, 1,8 % des morsures ont entraîné un bris cutané.

Il n'existe aucune donnée québécoise portant sur la fréquence des morsures dans les services de garde.

Le risque d'infection de la plaie

Les enfants qui fréquentent les services de garde sont rarement gravement mordus, et leurs morsures ne présentent presque jamais d'infection bactérienne. En général, l'infection est associée aux morsures survenant à la suite d'une bataille entre adultes.

Le risque d'infection par le virus de l'hépatite B

Le VHB peut être transmis par une morsure avec bris cutané lorsqu'un agresseur ou une victime est infecté par le virus, l'agresseur étant exposé au sang de la victime par sa muqueuse buccale, la victime, à la salive de l'agresseur par voie percutanée.

Des cas de transmission du VHB par morsure ont été décrits dans la littérature. Il s'agit de cas survenus principalement dans des établissements pour déficients mentaux, chez des policiers ou chez des personnes mordues lors de bagarres.

On ne peut transmettre l'hépatite B à partir de morsures sans bris. En service de garde, la plupart des morsures n'impliquent pas de bris cutané. De plus, la prévalence de l'infection au VHB est estimée **très** faible parmi cette population, en raison des programmes de dépistage prénatal et de la vaccination des nouveau-nés des mères porteuses. Par conséquent, la transmission du VHB par morsure en service de garde est peu probable.

Le risque d'infection par le virus de l'hépatite C

L'hépatite C se transmet principalement par contact avec du sang contaminé (ex : transfusion de sang faite avant 1990) ou lors de partage de seringues ou d'aiguilles contaminées (ex : utilisateur de drogues par injection). On ne peut transmettre l'hépatite C à partir d'une morsure sans bris cutané. Deux cas de transmission possible de l'hépatite C par morsure ont déjà été rapportés dans un contexte de bagarre survenue entre adultes dans un bar ou à domicile, où la possibilité d'une présence de sang dans la salive n'a pu être exclue.

Dans les services de garde, on ne peut dire à combien s'élève le risque de transmission de l'hépatite C par une morsure, mais on peut considérer qu'il est moindre que celui de l'hépatite B, qui est déjà très faible. Par ailleurs, les morsures impliquant du sang dans la bouche ou la salive sont rares en service de garde ; la plupart n'impliquent pas de bris cutané.

Le risque d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

On n'a encore jamais démontré qu'une personne pouvait transmettre le VIH par morsure sans qu'elle ait du sang dans sa bouche. En effet, le virus peut être présent dans la salive, mais en infime quantité, et les enzymes contenues dans celle-ci inactivent souvent le virus présent. Des publications mentionnent des personnes atteintes du VIH qui ont mordu plusieurs personnes (morsures superficielles ou profondes) sans transmettre le virus.

En tenant compte du type de morsures survenant en service de garde, des modes de transmission du VIH et de la faible prévalence de l'infection chez la population d'âge préscolaire, on estime que le risque de transmission du VIH par morsure en service de garde est pratiquement nul, même en présence de peaux légèrement transpercées.

La conduite à adopter

▲ Modification du comportement

Il est normal qu'un enfant porte tout à sa bouche et que, à l'occasion, il se morde lui-même ou morde un objet ou une autre personne. Ce stade est passager ; vers l'âge de 2 ans, l'enfant est apte à contrôler ce comportement. S'il continue de mordre, des mesures doivent être prises pour qu'il change d'attitude.

En premier lieu, il faut observer le comportement et tenter de savoir quand, comment et pourquoi l'enfant mord ses camarades. L'éducatrice doit être sensible aux raisons qui poussent l'enfant à mordre, afin de l'aider à ne plus le faire. Afin de prévenir cette attitude inacceptable, on peut veiller à ce que l'environnement soit suffisamment stimulant pour l'enfant et éviter les frustrations, les conflits et les situations qui incitent l'enfant à mordre, voire renforcer les comportements positifs.

En présence d'un enfant qui mord, il faut :

- aviser clairement l'enfant que ce comportement est inacceptable et qu'il ne sera pas toléré ;
- porter attention en premier lieu à la victime et ignorer pendant une courte période de temps l'enfant qui a mordu ;
- au bout de quelques minutes, aider l'enfant qui a mordu à reprendre une autre activité ;
- collaborer avec la famille pour mettre fin à cette attitude.

Même après que l'enfant a cessé de mordre, il faut continuer de lui enseigner les comportements acceptables. Si l'enfant persiste à mordre, on devra peut-être mettre au point une stratégie en collaboration avec les parents et, parfois, avec des intervenants du CLSC ou d'autres spécialistes.

▲ Premiers soins et évaluation médicale

Lorsqu'un enfant est mordu, il faut, d'une part, nettoyer la morsure avec de l'eau et du savon et appliquer une compresse froide pour contrôler la douleur et, d'autre part, réconforter l'enfant. S'il s'agit d'une morsure avec bris cutané, il faut procéder ainsi :

- laisser la plaie saigner quelques gouttes, sans en pincer le pourtour immédiat ;
- nettoyer soigneusement la plaie avec de l'eau et du savon ;
- prendre en note tous les détails de l'accident et remplir le rapport d'accident ;
- aviser la directrice du service de garde et les parents des deux enfants impliqués ;
- diriger rapidement les deux enfants impliqués (agresseur et victime) vers le médecin ou le CLSC, afin de faire évaluer le risque d'attraper une infection ou de contracter une maladie transmissible par le sang. Le médecin appliquera au besoin les mesures de prophylaxie post-exposition recommandées.

LES ENFANTS IMMUNOSUPPRIMÉS

On considère comme immunosupprimés, les enfants souffrant d'un déficit congénital de l'immunité humorale ou cellulaire, d'une infection par le VIH avec atteinte du système immunitaire, ceux qui reçoivent un traitement immunosuppresseur (chimiothérapie) pour contrôler une néoplasie ou qui ont une corticothérapie pour maladie inflammatoire. De même, l'enfant asthmatique peut à l'occasion être contraint de prendre des corticostéroïdes à des doses qui peuvent influencer sa capacité de défense contre les infections. Un tel enfant court davantage de risque de contracter une maladie infectieuse dans un milieu de garde, puisqu'il augmente ses contacts avec d'autres enfants, porteurs potentiels d'agents infectieux.

La varicelle est sûrement la maladie que l'enfant immunosupprimé risque le plus d'attraper. C'est pourquoi les parents de tout enfant immunosupprimé qui fréquente un service de garde doivent connaître son état immunitaire par rapport à cette maladie. Si leur enfant n'est pas protégé, ils doivent en informer le service de garde, qui les avisera lorsqu'un cas de varicelle surviendra, afin qu'un traitement préventif approprié puisse être institué à temps.

De même, les parents des enfants asthmatiques doivent être avisés s'il y a un cas de varicelle au service de garde. Si leur enfant fait une crise d'asthme nécessitant l'utilisation de stéroïdes par voie systémique, ils doivent savoir si celui-ci peut se trouver en période d'incubation de cette maladie. Dans cette situation, le médecin pourrait décider de ne pas utiliser de stéroïdes.

On peut administrer le vaccin contre la varicelle à certains patients immunosupprimés si leur médecin traitant, connaissant bien le degré d'immunosuppression de leur patient, décide que cela est pertinent et sécuritaire. Il en va de même pour les autres vaccins, particulièrement les vaccins vivants.

Pour ce qui est des infections respiratoires et entériques, le risque de contracter une maladie varie selon l'agent infectieux et selon le type d'immunosuppressions qui affecte l'enfant. En général, les enfants risquent d'être plus affectés par l'infection que les adultes. Le médecin traitant est celui qui est le plus à même de conseiller les parents quant à la fréquentation du service de garde.

LES ENFANTS SOUFFRANT DE MALADIE CARDIAQUE OU PULMONAIRE OU NÉS PRÉMATURÉMENT

Les enfants souffrant de cardiopathie congénitale, de maladie pulmonaire chronique ou nés prématurés sont plus à risque vis-à-vis certaines infections respiratoires. Cela est particulièrement vrai chez les enfants de moins de 2 ans, surtout s'il s'agit du virus respiratoire syncytial, virus responsable des bronchiolites. On recommande parfois d'administrer des traitements préventifs d'anticorps monoclonaux intramusculaires ou d'immunoglobulines hyperimmunes intraveineuses à certains de ces enfants. On peut aussi diminuer le risque d'infection en limitant le nombre de leurs contacts avec les autres enfants au moment où le virus circule, moment pouvant varier d'une année à l'autre.

Les parents doivent consulter leur médecin traitant pour savoir s'il convient de retirer l'enfant du service de garde ou de choisir un service de garde en milieu familial ou de plus petite taille.

Il est donc très important que les parents qui ont un enfant atteint d'une maladie chronique s'informent auprès de leur médecin traitant du risque lié à la fréquentation d'un service de garde et des mesures disponibles pour diminuer ce risque.

Par ailleurs, les services de garde doivent s'assurer de bien informer les parents des infections qui peuvent avoir cours, en particulier la varicelle et les bronchiolites.

La fièvre et l'hyperthermie

Durant la journée, la température corporelle varie selon un horaire prévisible appelé « cycle circadien ». Elle est au plus bas vers six heures du matin et, au plus haut, entre seize et dix-huit heures. En général, la température rectale matinale se situe autour de 37,2° C, la température maximale, à environ 37,5°C. L'enfant est considéré fiévreux si sa température rectale est de 38 °C (100,4 °F) ou plus ou si sa température orale est de 37,5 °C (99,5 °F) ou plus.

La fièvre consiste en une élévation de la température corporelle à des valeurs supérieures aux variations du cycle circadien. Cette élévation est secondaire à un signal qui provient du centre thermorégulateur situé dans l'hypothalamus antérieur. La fièvre répond à l'administration d'antipyrétiques.

L'hyperthermie est une élévation de la température corporelle au-dessus de la valeur fixée par le centre thermorégulateur causée par une production excessive de chaleur et associée à une incapacité de la perdre. L'hyperthermie ne répond pas à l'administration d'antipyrétiques.

L'hyperpyrexie, définie comme une température corporelle de 41°C ou plus, peut causer des troubles neurologiques ou des arythmies cardiaques fatales.

Les causes de la fièvre et de l'hyperthermie

La fièvre est en général la réponse de l'hôte à la présence d'un micro-organisme : bactérie, virus, champignon ou parasite. La fièvre peut aussi être causée par la présence d'une néoplasie, une maladie inflammatoire, une collagénose, etc.

L'hyperthermie peut être causée par une exposition à la chaleur (coup de chaleur) ou par une production excessive de chaleur (hyperthyroïdie) associée à une incapacité de la perdre.

La régulation de la température corporelle

Les micro-organismes ou leurs toxines sont des pyrogènes exogènes qui provoquent la production de pyrogènes endogènes, des polypeptides produits par les macrophages et les monocytes. Ces pyrogènes endogènes passent dans la circulation systémique et, par leur action sur l'hypothalamus, provoquent une chaîne de réactions menant à l'élévation de la température corporelle.

Le noyau préoptique de l'hypothalamus est responsable de la thermorégulation de l'organisme. Dans des conditions normales, ce thermostat maintient l'organisme à une température de 37°C. Par contre, en présence d'une infection, le thermostat est réglé à un niveau plus haut faisant suite à la production de prostaglandines. Le centre thermorégulateur envoie alors des signaux au cortex cérébral et une impression de frilosité est ressentie, ce qui incite l'organisme à adopter des modifications de comportement favorisant la production et la préservation de chaleur : port de vêtements, frissons, vasoconstriction périphérique, etc.

Le danger de la fièvre

Aucune étude clinique démontre la nécessité de contrôler la fièvre, sauf en cas d'hyperpyrexie. La fièvre est un symptôme, non une maladie. Elle constitue un mécanisme normal de défense et n'est pas dangereuse. La présence de fièvre indique presque toujours une infection causée par un virus ou une bactérie.

Pour juger de la gravité de la maladie, on doit considérer le degré de fièvre, l'état général de l'enfant et les autres symptômes qu'il présente. Très souvent, une forte fièvre, 40°C (104°F), par exemple, baissera aussi vite qu'elle est montée, si le processus sous-jacent n'est pas grave. Si la fièvre est accompagnée de symptômes tels que la somnolence, l'irritabilité et des vomissements, on devrait consulter immédiatement un médecin, surtout si l'enfant a moins de 6 mois.

Le traitement de la fièvre

La fièvre en elle-même ne nuit pas à la santé de l'enfant ; ce dernier se sentira mieux et sera moins irritable si sa température est plus basse.

Les méthodes physiques de contrôle de la température, par exemple les bains d'éponge à l'eau tiède, la ventilation, les bains d'eau froide, etc., augmentent l'inconfort de l'enfant, car ils provoquent chez lui des frissons, la chair de poule et une élévation de la température corporelle. Il ne faut jamais donner de bain d'éponge à l'alcool.

Ces méthodes physiques de contrôle de la température ne sont indiquées qu'en présence d'hyperthermie, c'est-à-dire une augmentation de la température corporelle attribuable à l'environnement. Le contrôle de la fièvre se fait au niveau du thermostat par inhibition de la synthèse des prostaglandines.

Les antipyrétiques les plus utilisés pour contrôler la fièvre sont l'aspirine, l'acétaminophène et l'ibuprofène. L'aspirine ne doit pas être utilisée pour contrôler la fièvre chez l'enfant en raison de l'association de ce produit avec le syndrome de Reye. L'acétaminophène et l'ibuprofène sont tous deux doués d'un profil d'efficacité et d'innocuité satisfaisants. Toutefois, puisqu'on dispose de plus de données sur l'innocuité de l'acétaminophène, on recommande d'utiliser de préférence ce médicament dans la prise en charge de la fièvre et des douleurs et de réserver l'ibuprofène à des cas plus problématiques.

Lorsque la température rectale s'élève au-dessus de 39°C (102,2° F), on recommande de traiter l'enfant, afin de soulager. Si la fièvre atteint 40° C (104° F), il est préférable de déshabiller l'enfant. Pour éviter qu'il se déshydrate, il faut lui donner souvent à boire : du lait, de l'eau ou du jus, selon son âge. En été, il faut aérer la pièce en ouvrant les fenêtres. La température de la pièce ne doit pas dépasser 21°C (70°F) et le degré d'humidité doit se situer entre 40 et 50 %.

Vous devez communiquer avec un médecin si l'enfant :

- est particulièrement irritable ;
- est très endormi, particulièrement léthargique ou indifférent ;
- accuse une respiration sifflante ou une toux persistante ;
- a de la fièvre et est âgé de moins de 6 mois ;
- a une température rectale supérieure à 39 °C (102 °F) ;
- accuse à la fois de la fièvre et une éruption cutanée ;
- manifeste d'autres symptômes qui vous inquiètent.

Par contre, l'enfant peut continuer à fréquenter le service de garde ou l'école s'il se sent assez bien pour participer aux activités.

LE PICA

Le pica renvoie à un trouble du comportement que certains enfants affichent en ingérant de façon répétitive des substances non comestibles comme de la terre, de la peinture, de l'argile, etc. La cause de ce trouble n'est pas connue, mais il est possible qu'il s'agisse d'un trouble émotif ou d'une carence d'un élément nutritif (zinc ou fer). Le retard mental constitue un facteur prédisposant.

Le pica, qui survient surtout chez l'enfant de moins de 3 ans, apparaît vers l'âge de 1 ou 2 ans. Il est plus fréquent chez la population ayant un faible statut socio-économique. Les enfants atteints de pica présentent un risque élevé d'intoxication au plomb et d'infection parasitaire, comme la toxoplasmose ou la toxocarose.

En présence d'un enfant atteint de pica au service de garde, il est important de conseiller aux parents de consulter un médecin, puisque ce trouble peut être associé à une pathologie sous-jacente ou à une complication. De plus, il faut tenter de dissuader l'enfant de consommer des matières non comestibles et lui procurer des objets qu'il pourra sans danger se mettre dans la bouche (sucette, objet de dentition). On doit aussi s'assurer que les carrés de sable sont régulièrement entretenus et qu'aucune peinture à base de plomb n'est appliquée dans le service de garde.

Dossier de vaccination des enfants

Identification

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance : (année-mois-jour) _____

Nom du service de garde : _____

Vaccins reçus

DIPHTÉRIE, COQUELUCHE, TÉTANOS, POLIO, HÆMOPHILUS INFLUENZÆ de Tybe b	
*Vaccins :	Date : (année-mois-jour)

ROUGEOLE–RUBÉOLE–OREILLONS (vaccin trivalent)	
*Vaccins :	Date : (année-mois-jour)

HÉPATITE B		
1re dose :	2e dose :	3e dose :

VARICELLE	
*Vaccins :	Date :

MÉNINGOCOQUE		
*Vaccins :	Date :	
1re dose :	2e dose :	3e dose :

PNEUMOCOQUE			
*Vaccins :	Date :		
1re dose :	2e dose :	3e dose :	4e dose :

AUTRES VACCINATIONS	
*Vaccins :	Date :

* Préciser le nom commercial des vaccins.

J'autorise le service de garde à transmettre cette information au CLSC.

Signature : _____ Date : _____

N. B. L' information contenue dans ce dossier est confidentielle.

Chapitre 6

Mesures d'hygiène

LE BROSSAGE DES DENTS

1. Les bénéfices du brossage de dents en services de garde

Brosser ses dents quotidiennement est une habitude qui se prend en bas âge. Les parents jouent un rôle essentiel dans l'acquisition de cette routine. Associée à une saine alimentation, à l'usage de fluorures et à des visites régulières chez le dentiste, cette habitude permet à l'enfant de garder ses dents en santé.

Si les services de garde apprennent aux enfants à brosser régulièrement leurs dents, cela peut aussi influencer l'acquisition de cette habitude. En effet, il est prouvé qu'un brossage supervisé en service de garde permet d'améliorer significativement l'hygiène buccale. De plus, l'utilisation d'un dentifrice avec fluorure, en tant que mesure préventive additionnelle appliquée dans les services de garde, permet de réduire la carie dentaire. Enfin, si les mesures d'hygiène pertinentes au brossage des dents en milieu de garde sont respectées, on peut obtenir des gains de santé dentaire appréciables ; le brossage des dents doit donc être encouragé.

2. Les mesures d'hygiène

Des mesures d'hygiène doivent être respectées lors du brossage des dents : éviter le partage des brosses à dents entre enfants et entreposer celles-ci pour qu'elles ne se touchent pas et ne dégoulinent pas les unes sur les autres. L'éducatrice doit superviser les enfants pendant cette activité et prendre soin de se laver les mains et de faire laver les mains des enfants avant et après le brossage.

Les infections qui peuvent se transmettre par une brosse à dents sont principalement causées par les microbes présents dans les sécrétions du nez et de la bouche. Ces microbes sont responsables d'infections respiratoires et de gastro-entérites. Ils peuvent survivre quelques heures sur les objets. Suivre les mesures d'hygiène recommandées diminue le risque de contracter ces infections.

Plus rarement, une infection causée par le virus de l'hépatite B peut être transmise si on utilise une brosse à dents contaminée par ce virus. Cette situation peut survenir s'il y a échange de brosses à dents entre enfants ou s'il y a contamination par contact direct avec

une brosse à dents contaminée. Ce virus peut survivre jusqu'à une semaine sur un objet. Cependant, l'application des mesures d'hygiène recommandées pour le brossage des dents permet de contrôler cette éventualité.

- Il ne faut jamais **désinfecter** les brosses à dents. Si un enfant utilise la brosse à dents d'un autre enfant ou si deux brosses à dents viennent en contact, il faut les jeter et donner aux enfants de nouvelles brosses à dents.
- Si un enfant utilise la brosse à dents d'un enfant porteur d'une maladie transmissible par le sang ou la salive, les parents de l'enfant qui a utilisé la brosse à dents de l'enfant infecté doivent être informés en respectant la confidentialité. L'enfant devrait être référé à son médecin ou au CLSC.

3. Le matériel

▲ La brosse à dents

On recommande d'utiliser une petite brosse à dents avec deux ou trois rangées de soies souples et un manche droit, de rincer les brosses à dents sous l'eau après chaque usage, sans toucher les soies, et de les renouveler dès que les soies sont abîmées ou recourbées.

▲ L'identification des brosses à dents

On recommande d'inscrire le nom de l'enfant sur sa brosse à dents en utilisant de préférence un crayon à encre permanente ou toute autre méthode qui résiste à l'eau.

▲ Le verre personnalisé ou jetable (de préférence).

▲ Le porte-brosses à dents

On recommande de prévoir un système de rangement qui permet aux soies des brosses à dents de sécher à l'air libre mais à l'abri de la poussière et qui empêche le contact entre les soies et le porte-brosses à dents ou les doigts.

Il vaut mieux utiliser un porte-brosses à dents qui permet de saisir facilement chaque brosse à dents et de les ranger sans qu'elles touchent aux autres ou dégoulinent dessus. On suggère d'utiliser, par exemple, un porte-brosses à dents rectangulaire en acrylique qui comporte le nombre requis de petits crochets, espacés de 7 cm (2,8 po) environ, lequel peut être suspendu à deux crochets fixés au mur. Cela permettra de le décrocher facilement pour l'entretien.

Le porte-brosses à dents doit être lavé une fois par semaine avec une solution désinfectante (une partie d'eau de Javel pour neuf parties d'eau), être ensuite mis à tremper pendant deux ou trois minutes puis rincé à fond.

En guise de capuchon, on peut utiliser un verre à médicament de 30 ml (1 oz) en plastique que l'on aura perforé sur le côté à l'aide d'un poinçon pour pouvoir y insérer la brosse à dents. Les verres à médicament sont jetables : ils doivent être changés une fois par semaine. Il convient également de les identifier au nom des enfants.

▲ Le dentifrice

La quantité de dentifrice à utiliser ne doit pas dépasser la grosseur d'un petit pois. On recommande d'utiliser des dentifrices avec fluorure, car ils préviennent efficacement la carie dentaire. Lorsqu'un seul tube de dentifrice est utilisé, il faut éviter de toucher l'orifice du tube avec les brosses à dents.

Voici une méthode pour éviter que l'orifice du tube touche les brosses à dents : pour huit enfants, prendre une feuille de papier ciré d'environ 8 cm sur 5 cm (3 po sur 2 po), la découper en languettes de 1 cm (1/2 po) de largeur par 1 cm (1/2 po) de hauteur et y placer une quantité de dentifrice inférieure à la grosseur d'un pois. Ensuite, détacher les languettes et déposer le dentifrice sur la brosse à dents de chaque enfant.

4. Le brossage

Voici les règles à suivre :

- Encourager l'enfant à bien brosser chaque dent ;
- Brosser les dents des enfants de moins de 5 ans dans le sens où les dents poussent, c'est-à-dire en descendant pour les dents du haut et en montant pour celles du bas, en s'assurant que leur bouche est largement ouverte ;
- Pour brosser le dessus des dents, effectuer un mouvement de va-et-vient horizontal ;
- Demander à l'enfant de ne pas avaler le dentifrice mais de le cracher ;
- Utiliser un verre personnalisé ou jetable pour rincer la bouche.

Note
On demande actuellement aux enfants en service de garde de rincer leur bouche. À la lumière des connaissances actuelles, il apparaît que le rinçage de la bouche à la fin du brossage n'est plus nécessaire; en fait, cela risque de réduire l'efficacité de l'action topique des fluorures.

La fréquence et la durée du brossage

On recommande de brosser ses dents pendant environ deux minutes, après chaque repas et avant le coucher. Il faut toujours surveiller les enfants pendant cette activité.

Pour toute question sur la santé dentaire, il suffit de communiquer avec l'hygiéniste dentaire de votre CLSC ou le dentiste-conseil de la Direction de la santé publique de la région.

La dermatite liée au port de couches

Plusieurs études réalisées entre 1973 et 1990 ont démontré que l'incidence de la dermatite est plus faible chez les enfants portant exclusivement des couches en papier, et que l'affection est moins sévère chez eux que chez les enfants portant des couches en tissu tous les jours ou occasionnellement.

Le pouvoir absorbant

La couche en papier super absorbante possède un taux d'absorption de 60 % supérieur à celui de la couche en tissu et un taux de sécheresse, de légèreté et de minceur respectivement supérieur de 50 %, 12 % et 20 %. Cela est attribuable au fait qu'elle est pourvue de granules de polyacrylate qui transforment l'urine en gel, séparant ainsi l'urine des selles.

La contamination de l'environnement

On a démontré que certains micro-organismes peuvent survivre longtemps sur des surfaces et des objets inanimés. Une étude faite sur ce sujet en 1985 a ainsi mis en évidence que l'utilisation de couches en papier super absorbantes recouvertes d'un survêtement minimisait la contamination du milieu.

En service de garde, l'enfant devrait porter une couche en papier super absorbante recouverte d'un vêtement, afin de minimiser la transmission d'agents infectieux et la contamination de l'environnement.

Les cinq règles devant être observées :

1. Utiliser si possible une couche en papier super absorbante ;
2. Avoir une bonne technique de changement et d'entreposage des couches souillées ;
3. Mettre à l'enfant un vêtement par-dessus sa couche ;
4. Avoir une bonne technique de lavage des mains ;
5. Utiliser des techniques adéquates de lavage et de désinfection de l'équipement.

La technique de changement de couches

On ne recommande pas aux éducatrices de porter des gants pour changer les couches, sauf si elles ont des blessures aux mains, si l'enfant a une selle diarrhéique abondante (débordant de la couche) ou s'il y a présence de sang dans les selles. Il faut se laver les mains après avoir utilisé des gants, et jeter ceux-ci tout de suite après une première utilisation.

LE CHOIX DES COUCHES, LEUR MANIPULATION ET LEUR CHANGEMENT

La technique de changement de couches comporte les étapes suivantes :

1. Rassembler tout le matériel nécessaire ;
2. Placer l'enfant sur la table à langer, détacher sa couche et soulever le siège ;
3. Si la couche comporte des selles, essuyer les fesses de l'enfant avec une partie non souillée (un seul mouvement de l'avant vers l'arrière en ne revenant jamais vers l'avant avec la couche souillée) et replier le côté souillé vers l'intérieur en laissant les selles dans la couche[3] ;
4. Jeter la couche dans une poubelle avec couvercle munie d'un sac en plastique. (Cette poubelle doit être hors de la portée des enfants[4].) ;
5. Laver à l'eau savonneuse la peau des fesses de l'enfant (de l'avant vers l'arrière), la rincer à l'eau claire et la sécher ;
6. Mettre une nouvelle couche à l'enfant et l'habiller ;
7. Laver et essuyer les mains de l'enfant ;
8. Après chaque changement de couche, laver et désinfecter la table à langer et tout le matériel touché par les mains ;
9. Se laver les mains après chaque changement de couche ;
10. Laver et désinfecter la poubelle chaque jour.

3. Jeter les selles dans la toilette augmente le nombre de manipulations et le risque de contamination de l'environnement.

4. Pour éviter la suffocation par aspiration de morceaux de plastique.

LA DÉSINFECTION DES OBJETS, DES SURFACES ET DES LOCAUX

Les jouets

Les jouets utilisés dans les services de garde doivent être lavables, sécuritaires et fabriqués avec des matériaux non toxiques. Tous les jouets, incluant ceux utilisés à l'extérieur, doivent être lavés, désinfectés et rincés chaque semaine. On recommande de laver tous les jouets, particulièrement ceux susceptibles d'être portés à la bouche, à l'eau savonneuse, puis de les désinfecter à l'eau javellisée (dilution 1 :10) et de les rincer à fond.

Il faut éviter que les enfants partagent les jouets portés à la bouche tant que ces derniers n'ont pas été lavés, ce qui doit être fait tous les jours. En ce qui concerne les jouets en peluche, ils peuvent être acceptés au moment de la sieste, mais ils doivent être bien identifiés et rangés dans un casier individuel après celle-ci. Ces jouets en peluche ne devraient pas être partagés. De plus, ils devraient être retournés chaque semaine à la maison pour y être lavés.

La table à langer

La surface des tables à langer devrait être lisse et facile à nettoyer. Ces tables doivent être placées près d'un lavabo, afin de faciliter le lavage des mains, et loin de la cuisine, car le changement de couche est l'activité la plus susceptible de contaminer l'environnement. Il ne faut pas changer la couche des enfants ailleurs que sur une table à langer. On ne doit également jamais déposer d'aliments sur la table à langer.

La table à langer (tout comme le matériel touché par les mains ; par exemple, les seaux à débarbouillettes ou à couches) doit être lavée et désinfectée après chaque changement de couche, même si elle était couverte avec un piquée ou du papier.

Les débarbouillettes

Il faut encourager l'utilisation de débarbouillettes à usage unique. On peut aussi utiliser deux débarbouillettes quotidiennement pour chaque enfant, l'une servant au soin du visage et des mains et l'autre à celui des fesses. (On peut, pour les différencier, utiliser des débarbouillettes à motifs différents ; par exemple, unies pour le visage et rayées pour les fesses.) Il convient de bien les marquer au nom de l'enfant.

Les débarbouillettes doivent être changées chaque jour et remisées dans des contenants distincts. Elles doivent être lavées séparément. Pour les débarbouillettes utilisées pour laver les fesses des enfants, on recommande d'ajouter de l'eau de Javel à l'eau de lavage. Durant une éclosion ou une épidémie de diarrhée, on doit privilégier les débarbouillettes à usage unique.

Les matelas, la housse, la couverture et le drap

La literie de chaque enfant devrait être rangée dans un casier individuel, afin qu'elle n'entre pas en contact avec celle des autres enfants. Si cela n'est pas possible, il faut enlever la housse et le drap après chaque sieste et les déposer dans le casier de l'enfant. Les draps devraient être lavés et les matelas, lavés et désinfectés hebdomadairement.

L'hygiène à la cuisine

En service de garde éducatif, l'accès des enfants à la cuisine ne doit être permis que sous surveillance. Qu'elle soit de type ouvert ou fermé, la cuisine ne devrait jamais servir d'aire de jeu.

Les surfaces de travail doivent être en bonne condition, sans dommages ou égratignures, afin de permettre une désinfection efficace. Avant chaque repas ainsi qu'entre deux opérations (par exemple, entre la manipulation du poulet cru et celle du poulet cuit), il faut laver et désinfecter à l'eau javellisée (dilution 1:10) les surfaces de travail, la vaisselle et les ustensiles de cuisine susceptibles d'être contaminés durant la préparation (la planche à découper, le comptoir, les éponges, les brosses à vaisselle, les robinets, les boutons de micro-ondes ou de fours, etc.), puis les rincer. Un simple nettoyage à l'eau savonneuse avec un linge ou une éponge ne suffit pas.

On peut utiliser un lave-vaisselle pour laver et désinfecter la vaisselle et les ustensiles. En effet, dans la plupart des appareils, le temps de rinçage et la température de l'eau chaude (au moins 77° C ou 170° F) sont suffisants pour assurer la désinfection. Si on lave à la main, on doit utiliser de l'eau chaude (à une température de 43° C ou 110° F) et du savon à vaisselle. Ensuite, il faut désinfecter la vaisselle et les ustensiles en les immergeant soit dans de l'eau à 77° C ou 170° F pendant trente secondes, soit dans une solution désinfectante recommandée pour usage alimentaire (comme l'eau javellisée). Pour déterminer quel désinfectant est adéquat, il suffit de lire les étiquettes qui figurent sur les produits. Les désinfectants doivent être utilisés selon le mode d'emploi prescrit (concentration, température de l'eau et temps de contact) et entreposés, comme tout autre produit d'entretien, dans des contenants bien identifiés, à l'écart des aliments et hors d'atteinte des enfants.

Puisque les éponges et les linges à essuyer sont souvent contaminés après une utilisation, on suggère de recourir à des linges différents pour les mains, la vaisselle et les surfaces et de laver ceux-ci chaque jour à l'eau chaude.

Les tables sur lesquelles les enfants mangent devront être nettoyées et désinfectées avant chaque repas. Les mains des enfants devront aussi être lavées avant chaque repas. On recommande également de laver chaque jour les tasses personnelles des enfants.

Rappelons par ailleurs que l'usage du tabac est interdit à la cuisine, comme partout ailleurs au service de garde, et que les ordures doivent être régulièrement déposées à l'extérieur dans des contenants à déchets propres et hermétiquement fermés.

Enfin, les fenêtres de la cuisine doivent être munies de moustiquaires pour empêcher l'entrée des insectes. Advenant la découverte de traces d'insectes ou de rongeurs dans la cuisine ou dans toute autre pièce du service de garde, des mesures rigoureuses et adéquates doivent immédiatement être prises pour enrayer la situation. Communiquez avec Info-Santé ou avec un service spécialisé d'extermination pour obtenir des conseils à ce sujet.

Les murs et les planchers

Les murs et les planchers doivent être revêtus de matériaux facilement lavables. (C'est pourquoi les tapis sont déconseillés.) Il faut s'assurer que les planchers, le bas des murs dans les toilettes et la pouponnière sont lavés et désinfectés chaque jour.

Les toilettes

Le nombre de toilettes par groupe de quinze enfants doit être conforme à la réglementation. Il est préférable d'avoir des toilettes conçues spécifiquement pour les enfants et utilisées exclusivement par le service de garde. Les toilettes doivent être lavées et désinfectées chaque jour. Par contre, les chaises-pots et les pots doivent être lavés et désinfectés après chaque usage, ainsi que le lavabo qui a servi à leur lavage.

La pataugeoire

Les pataugeoires utilisées au service de garde doivent être vidées, désinfectées et rangées après chaque utilisation. Pour les désinfecter, on doit utiliser de l'eau javellisée (dilution 1:10) et procéder ainsi : vaporiser d'abord la pataugeoire, puis la frotter avec un chiffon, la rincer à l'eau fraîche et la laisser sécher à l'air libre.

Le carré de sable à l'extérieur

On recommande fortement de recouvrir le carré de sable d'une enveloppe (filet de nylon), afin de permettre à l'air de circuler et aux rayons solaires de détruire une partie des microbes qui y sont présents et d'empêcher la contamination par les selles d'animaux. (On devrait d'ailleurs inspecter quotidiennement la cour extérieure pour identifier et enlever toute matière fécale.) Il faut également aérer le sable chaque jour avec un râteau.

Pour désinfecter les carrés de sable, il faut traiter le sable toutes les deux semaines avec une solution d'eau de Javel à 5 ou 6 % diluée 1:10. Il suffit de verser le produit sur le sable à l'aide d'un arrosoir, d'arroser ensuite le sable avec de l'eau pour bien l'imbiber, de le retourner et d'attendre 24 heures avant de permettre aux enfants de jouer dans cet espace.

Si le carré de sable a été contaminé par de l'urine, des selles, des vomissements ou des excréments d'animaux, on doit immédiatement le nettoyer et le désinfecter avec de l'eau javellisée.

La pâte à modeler

Une étude faite sur trois pâtes à modeler ensemencées a démontré que des micro-organismes pouvaient survivre sur ces pâtes pendant au moins 60 minutes, mais pas plus de 24 heures. Cela ne signifie pas pour autant que l'on doive jeter la pâte à modeler après chaque utilisation, car l'étude a montré que la pâte fortement inoculée par un micro-organisme et conservée à la température de la pièce semble incapable de soutenir une croissance bactérienne. Aussi considérons-nous la pâte à modeler comme un milieu potentiellement inhibiteur en soi.

On recommande toutefois de ne pas utiliser constamment la même pâte au cours de la journée. Il est préférable d'attendre 24 heures avant de la réutiliser. Si cette activité revient à deux reprises au cours de la journée, il faut donc prévoir une pâte différente pour le matin et pour l'après-midi.

D'autre part, il faut faire laver les mains des enfants avant et après l'activité et tenter d'empêcher que ceux-ci portent la pâte à leur bouche.

Toute personne travaillant dans un service de garde ou le fréquentant doit avoir les ongles courts. Ces derniers doivent être nettoyés régulièrement, car des micro-organismes se logent souvent sous les ongles. Pour faciliter le nettoyage, on peut utiliser une petite brosse à ongles imbibée d'eau et de savon liquide.

Il n'est pas recommandé de porter des bijoux lorsqu'on travaille en service de garde. En effet, non seulement les bijoux peuvent-ils héberger des micro-organismes qui ne seront pas nécessairement éliminés par un lavage de mains, mais ils peuvent aussi occasionner des lésions aux enfants (éraflures, égratignures). Seul un jonc sans incrustation peut être toléré.

Quand doit-on se laver les mains ?

On doit laver ses mains dans les moments suivants :

1. en arrivant à la garderie et en la quittant ;
2. avant de manger ou de manipuler des aliments et après ces activités ;
3. après chaque changement de couches ;
4. après être allé aux toilettes ou avoir aidé un enfant à y aller ;
5. après avoir touché une surface sale ou du matériel souillé ;
6. après avoir joué dehors ;
7. après avoir joué dans la terre ou le sable ;
8. après s'être mouché ou avoir aidé un enfant à se moucher ;
9. après avoir toussé ou éternué ;
10. avant de changer un pansement et après l'avoir fait ;
11. avant de préparer un médicament (crème, gouttes, etc.), de l'administrer à un enfant et après l'avoir administré ;
12. après avoir été en contact avec un liquide biologique (sang, sécrétions nasales, etc.), même si l'on a porté des gants ;
13. chaque fois qu'on le juge nécessaire.

Avec quoi se lave-t-on les mains ?

Pour laver ses mains, on doit utiliser de l'eau chaude et du savon, liquide de préférence, placé dans un distributeur muni d'une cartouche de remplissage jetable. Si le distributeur n'est pas muni d'une telle cartouche, on doit le laver avant chaque remplissage pour éviter toute contamination.

On peut également opter pour le pain de savon, à condition d'avoir un porte-savon à claire-voie. Le pain de savon doit être petit et changé régulièrement. Il n'est pas recommandé d'utiliser un savon germicide, à moins d'avoir un problème particulier (par exemple, une éclosion de diarrhée). Dans ces cas-là, on peut recourir à un savon germicide, mais uniquement pour une durée limitée.

Si on veut laver ses mains sans aller au lavabo, on peut utiliser des produit à base d'alcool. Leur activité antimicrobienne sur la peau étant immédiate, le lavage des mains est donc rapide et efficace. Autre avantage : ces produits fournissent plus d'occasions de se laver les mains et peuvent être très utiles lors de sorties ou d'activités pendant lesquelles l'éducatrice ne peut pas laisser le groupe d'enfants sans surveillance afin d'aller au lavabo.

Par contre, si les mains sont visiblement sales, ces produits ne peuvent à eux seuls assurer la propreté souhaitée. Il faudra d'abord utiliser des essuie-mains, puis les produits à base d'alcool ou, tout simplement, se laver les mains au lavabo avec de l'eau et du savon.

Comment doit-on se laver les mains ?

Avant le lavage, on doit enlever sa montre et, le cas échéant, ses bijoux. La technique de lavage des mains comporte les étapes suivantes :

1. Enlever la montre ;
2. Ouvrir le robinet ;
3. Se mouiller les mains ;
4. S'enduire les mains de savon ;
5. Frotter vigoureusement les mains paume contre paume et, ensuite, frotter le dos des mains ;
6. Entrelacer les doigts et faire un mouvement de l'arrière vers l'avant, afin de nettoyer les espaces interdigitaux ;
7. Frotter le bout des doigts contre les paumes comme un tournevis, frotter les pouces et les poignets ;
8. Rincer abondamment à l'eau courante ;
9. Bien assécher avec des serviettes de papier ;
10. Utiliser des papiers pour fermer le robinet.

Combien de temps dure le lavage des mains ?

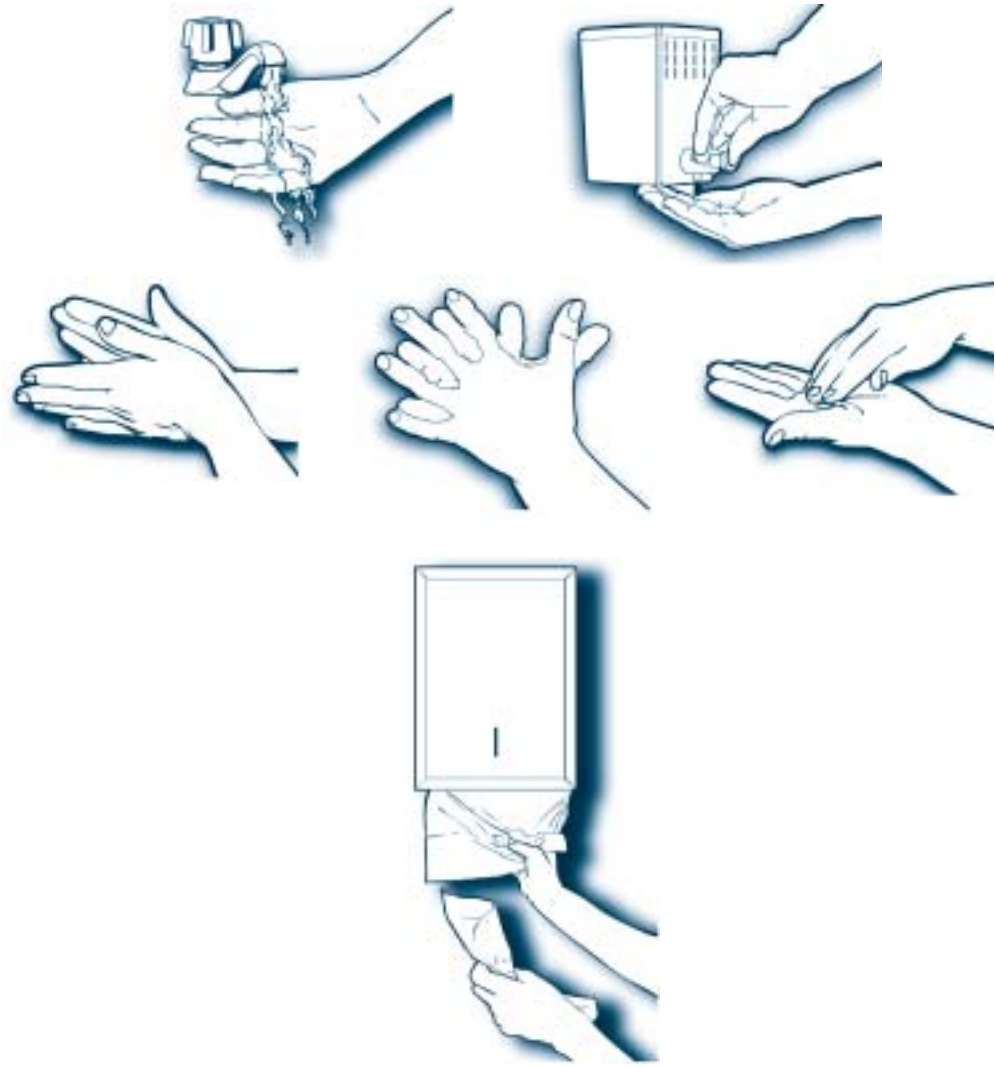
Si on suit la technique décrite ci-dessus, le frottage (étapes 5 à 8) devrait au moins durer de 10 à 15 secondes. Ce temps suffit à éliminer de la peau les micro-organismes de la flore transitoire. Si la peau et les ongles sont visiblement souillés, on doit prolonger la durée du frottage de 30 à 45 secondes au moins. On peut encourager les enfants à chanter des chansons pour se rappeler la durée du lavage.

Avec quoi s'essuie-t-on les mains ?

On suggère d'utiliser une serviette en papier pour essuyer les mains. Celle-ci a une double fonction, car on peut aussi l'utiliser pour fermer le robinet après s'être séché les mains, afin d'éviter que les mains soient de nouveau contaminées.

La serviette commune en tissu n'est pas recommandée, car elle peut devenir une source de contamination.

Technique du lavage des mains



Doit-on utiliser des lotions à mains ?

La lotion favorise une hydratation adéquate de la peau chez le personnel. Il est préférable d'appliquer de la lotion au moment de la sieste des enfants, avant une activité à l'extérieur et avant de quitter le service de garde car, durant ces périodes, on ne se lave pas les mains aussi souvent. Il n'est pas recommandé d'appliquer ces lotions sur les mains des enfants pendant qu'ils sont au service de garde.

Le contenant de la lotion doit être jetable.

LE MOUCHAGE, L'ÉTERNUEMENT ET LA TOUX

La technique de mouchage comporte les étapes suivantes :

1. Utiliser suffisamment de mouchoirs de papier pour que les doigts ne touchent pas aux sécrétions ;
2. Couvrir le nez et les narines ;
3. Souffler doucement, une narine à la fois en obstruant l'autre, afin d'empêcher les sécrétions nasales de pénétrer dans les trompes d'Eustache et de provoquer des infections de l'oreille moyenne ;
4. Jeter les mouchoirs à la poubelle ;
5. Se laver les mains.

Pour ce qui est des éternuements et de la toux, il faut apprendre aux enfants à utiliser le pli du coude. Avec cette méthode, les mains ne sont pas contaminées et le risque de transmission dans l'environnement est réduit de beaucoup.

La manipulation des aliments

Une personne ayant de la diarrhée ou des infections cutanées aux mains, aux avant-bras ou au visage ne devrait pas être en contact avec les aliments, que ce soit lors de leur préparation ou lors de leur service. Toute personne présentant une plaie, une coupure légère ou une éraflure non infectée sur les mains doit couvrir la lésion d'un pansement imperméable et propre et porter des gants à usage unique, en prenant soin de se laver les mains avant et après avoir utilisé ces gants.

Le personnel affecté à la préparation des repas doit veiller à sa propreté personnelle. Il doit adopter les mesures d'hygiène suivantes : se laver les mains et se brosser les ongles avant de toucher les aliments et entre chaque changement de catégorie d'aliments (par exemple, les aliments cuits et les aliments crus) ; se laver les mains après être allé aux toilettes et après avoir toussé, éternué ou touché une surface sale ; porter un tablier propre ; retenir ses cheveux à l'aide d'un filet ou d'un couvre-chef qui les recouvre complètement ; ne porter ni bague ni bijoux ni vernis à ongles.

Les cuisinières ne devraient pas changer les couches des enfants ni les aider à aller aux toilettes. Lorsqu'elles doivent le faire (comme dans les services de garde en milieu familial), elles doivent porter très attention au lavage des mains, particulièrement avant et après avoir changé les couches.

La conservation des aliments

Au moment de l'achat, il faut choisir des aliments de bonne qualité chez un fournisseur réputé et vérifier, s'il y a lieu, la date de péremption. On ne doit jamais utiliser des aliments ou des conserves dont la date de péremption est dépassée.

On doit couvrir les aliments durant le transport, l'entreposage, la préparation et le service, afin de les protéger de la contamination provenant, par exemple, des éternuements, des mains souillées, des ustensiles et des accessoires malpropres.

La température du réfrigérateur doit être inférieure à 4∞ C (40∞ F), celle du congélateur, à -18∞ C (0∞ F). On recommande de garder un thermomètre dans l'appareil et de vérifier régulièrement la température. Les aliments congelés doivent être conservés à une température d'au plus -18∞ C (0∞ F) jusqu'à leur utilisation. Il faut surveiller leur délai de conservation.

Les aliment périssables, comme les produits laitiers et les sandwichs, doivent être conservés au réfrigérateur. Il ne faut pas décongeler un aliment périssable en le laissant à la température de la pièce. Les parties qui décongèlent en premier sont alors exposées trop longtemps à une température propice à la croissance des micro-organismes. Tout aliment périssable décongelé de façon accidentelle, par exemple à la suite d'une panne d'électricité, doit être jeté.

Les aliments doivent être servis le plus tôt possible après leur préparation. Jusqu'à leur service, les aliments chauds doivent être maintenus à une température minimale de 60∞ C (140∞ F), au four ou dans un réchaud. La température des aliments provenant d'un traiteur doit être vérifiée dès leur réception.

Les aliments périssables, comme les viandes, le poisson et les produits laitiers, ne doivent jamais rester à la température de la pièce plus de deux heures. Les surplus de nourriture doivent être réfrigérés le plus tôt possible et utilisés dans les 24 heures suivant leur réfrigération, après avoir été réchauffés à 74∞ C (165∞ F) pendant 15 secondes.

Liste des abréviations et des symboles

AAS	acide acétylsalicylique
Ac	anticorps
AntiHBc	anticorps contre le « core » du virus de l'hépatite B
Anti-HBs	anticorps contre l'antigène de surface du virus de l'hépatite B
BCG	vaccin antituberculeux
BK	bacille de Koch, agent causal de la tuberculose
CA	centre d'accueil
CHSLD	centre d'hébergement de soins de longue durée
CLSC	centre local de services communautaires
CMV	cytomégalovirus
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DCT	vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos
DCT-Polio	vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite
d_2T_5	vaccin contre la diphtérie et le tétanos
DSP	direction de la santé publique
EIA	enzyme immunoassay
ELISA	*enzyme-linked immunosorbent assay* (test d')
FA test	test d'immunofluorescence directe
HBsAg	antigène de surface du virus de l'hépatite B
Hib	*Hæmophilus influenzæ* de type b
Ig	immunoglobuline
IgG	immunoglobuline de type G
IgM	immunoglobuline de type M
IM	intramusculaire
INH	isoniazide
IV	intraveineux
IVRI	infection des voies respiratoires inférieures
IVRS	infection des voies respiratoires supérieures
LCR	liquide céphalorachidien
MADO	maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MD	marque déposée
MFE	ministère de la Famille et de l'Enfance
MSSS	ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OSGE	Office des services de garde à l'enfance
OMS	Organisation mondiale de la santé

PCR	Réaction en chaîne à la polymérase
PIQ	*Protocole d'immunisation du Québec*
p. o.	par la bouche (per os)
PPD	tuberculine dérivée de protéines purifiées (Épreuve de Mantoux)
RAA	rhumatisme articulaire aigu
RIA	*radio-immuno assay* (méthode radio-immunologique)
RIg	immunoglobuline contre la rage
RIPA	*radio-immuno precipitation assay* (test de radio-immunoprécipitation)
RRO	vaccin rougeole-rubéole-oreillons
SHU	syndrome hémolytique et urémique
sida	syndrome d'immunodéficience acquise
spp	espèces
TB	tuberculose
TIg	immunoglobuline contre le tétanos
TMP-SMX	triméthoprim-sulfaméthoxazole
VCDH	vaccin contre la rage sur des cellules diploïdes humaines
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VHA	virus de l'hépatite A
VHB	virus de l'hépatite B
VHC	virus de l'hépatite C
VHD	virus de l'hépatite D
VHE	virus de l'hépatite E
VRS	virus respiratoire syncytial
VZIG	immunoglobulines contre le virus varicella-zoster
<	plus petit ou moins de
>	plus grand ou plus de
=	égal

Glossaire

Anatoxine
Produit obtenu en ajoutant du formol à une toxine.

Anticorps
Globuline produite par l'organisme en réponse à un antigène spécifique et capable de le neutraliser ou même de le détruire.

Antigène
Substance étrangère pour l'organisme (ex. : virus, bactérie) pouvant provoquer une réponse immunitaire.

Antisepsie
Prévention de l'infection par l'inhibition ou la destruction des agents infectieux.

Antitoxine
Anticorps contre la toxine d'un micro-organisme qui permet de neutraliser la toxicité de l'agent.

Asepsie
Absence de micro-organisme infectieux.

Cas clinique
Toute personne qui présente des manifestations cliniques (signes et symptômes) compatibles avec une maladie en l'absence d'un test de laboratoire confirmant une infection récente.

Cas confirmé
Toute personne dont une infection récente a pu être décelée par des tests de laboratoire (sérologiques, biochimiques ou cultures) même en absence des manifestations cliniques compatibles avec une maladie.

Cas index
Le premier cas ou sujet à l'intérieur d'un groupe, d'une famille ou d'un milieu qui a attiré l'attention de l'investigateur lors d'une enquête épidémiologique.

Cas secondaire
Nouveau cas de maladie chez les contacts.

Centre de la petite enfance
Établissement qui, dans une installation où l'on reçoit au moins sept enfants pour des périodes qui ne peuvent excéder 48 heures consécutives, fournit des services de garde éducatifs s'adressant principalement aux enfants de la naissance jusqu'à la maternelle et coordonne, surveille et contrôle de tels services en milieu familial à l'intention d'enfants du même âge.

Cohorte

Groupe formé exclusivement d'enfants infectés par le même micro-organisme. Cette formation constitue une mesure souhaitable de contrôle des infections. La salle retenue pour la cohorte devra disposer d'installations indépendantes du reste du service de garde, c'est-à-dire avoir son propre lavabo, sa toilette, sa salle à manger et sa salle de jeux. Des mesures d'hygiène strictes doivent toujours y être observées.

Idéalement, le personnel affecté à la cohorte ne devrait pas avoir à prendre soin des autres enfants du service de garde ; on parle alors de cohorte hermétique. Les enfants réintègrent les groupes ordinaires du service de garde dès qu'ils ne sont plus infectés.

Commensalisme

Association d'organismes d'espèces différentes, profitable à l'un d'eux et sans danger pour l'autre. Le terme *colonisation* est assez souvent utilisé pour définir le commensalisme bactérien.

Contact

En santé publique, tout individu qui a été en relation avec une personne infectée ou un environnement contaminé, de telle sorte qu'il a eu l'occasion d'être contaminé par l'agent infectieux.

Contact domestique

Personne vivant sous le même toit que le sujet.

Contagion

Transmission d'un agent infectieux d'un sujet malade ou d'un porteur sain à un hôte réceptif.

Contagiosité

Caractère de ce qui est contagieux.

Contrôle (mesures de)

Ensemble des mesures visant à réduire la fréquence d'une maladie.

Désinfection

Destruction des agents infectieux à la surface d'un objet, le plus souvent par des moyens chimiques.

Diarrhée

À des fins de surveillance et pour uniformiser la déclaration des enfants malades, nous recommandons d'utiliser la définition suivante : « présence de selles au double de la fréquence habituelle ou changement de la consistance des selles vers des selles liquides ». Un nouveau cas consiste en tout épisode de diarrhée précédé d'au moins une semaine sans symptôme de maladie.

Éclosion

Épisode épidémique (limité dans l'espace et dans le temps) survenu à l'intérieur d'un groupe de personnes.

Endémie

Présence constante d'une maladie ou d'un agent infectieux dans une région donnée.

Enquête épidémiologique
Investigation d'une épidémie, qui comprend principalement :

- la vérification du diagnostic ;
- la vérification de l'existence de l'épidémie ;
- la description de l'épidémie ;
- la formulation d'hypothèses et leur validation avant l'intervention ;
- l'identification des groupes susceptibles d'être l'objet d'une intervention.

Épidémie
Apparition inhabituelle d'une maladie en tant que phénomène de groupe limité dans le temps et dans l'espace.

Éradication
Suppression totale d'une maladie.

État porteur
Situation dans laquelle un agent potentiellement pathogène et transmissible est présent chez l'hôte sans lui donner des symptômes. Cet état de porteur varie selon l'agent en cause.

Facteur de risque
Caractéristique de sujet, de temps ou de lieu représentant une proportion définie de l'ensemble des facteurs étiologiques, laquelle peut parfois être modifiée (contrôlée) par un programme de santé (prévention, intervention thérapeutique ou autres mesures).

Gammaglobuline
Portion de globulines qui comprend les immunoglobulines (voir ce terme), supports des anticorps sériques.

Garde en milieu familial (service de)
Service de garde fourni contre rémunération par une personne physique dans une résidence privée où elle reçoit, pour des périodes pouvant excéder 24 heures, au plus six enfants incluant les siens ou, si elle est assistée d'une autre personne adulte, au plus neuf enfants.

Garderie
Un établissement qui fournit des services de garde éducatifs dans une installation où on reçoit au moins sept enfants de façon régulière pour des périodes qui n'excèdent pas 24 heures consécutives.

Groupe (à la garderie)
Sont considérés du même groupe les enfants qui sont ensemble plus de dix heures par semaine.

Halte-garderie
Un établissement qui fournit un service de garde dans une installation où on reçoit au moins sept enfants de façon occasionnelle pour des périodes qui n'excèdent pas 24 heures consécutives.

Hôte
Être humain ou animal qui entretient ou héberge un agent infectieux.

Immunité
Résistance naturelle ou acquise d'une personne à un agent infectieux.

Immunodéficience
Incapacité à produire une réponse immunologique adéquate en présence d'un antigène (ou agent).

Immunoglobuline
Protéine présente dans le sang et les sécrétions qui est capable de se combiner spécifiquement à l'antigène qui est à l'origine de sa production. Douée d'une activité anticorps, elle assure ainsi l'immunité humorale.

Immunosupprimé
Personne qui souffre d'immunodéficience.

Incidence
Nombre de cas nouveaux qui apparaissent dans une population au cours d'une période donnée. L'incidence s'exprime sous forme de taux.

Incubation
Intervalle entre l'exposition à un agent infectieux et l'apparition du premier signe ou symptôme de la maladie chez l'hôte.

Infection
Entrée et multiplication d'un agent infectieux dans les tissus d'un être humain ou d'un animal. L'infection peut être asymptomatique.

Infestation
Présence, développement et reproduction d'arthropodes sur le corps ou dans les vêtements.

Inflammation
Réponse normale des tissus à l'entrée d'un agent dans l'organisme. L'inflammation se caractérise par la dilatation des capillaires, la libération de substances ou de médiateurs chimiques et la mobilisation des cellules de défense.

Intoxication
Introduction ou accumulation spontanée d'une substance toxique dans l'organisme (produite ou non par un agent infectieux).

Jardin d'enfants
Établissement qui fournit des services de garde éducatifs dans une installation où on reçoit régulièrement, en groupe stable, au moins sept enfants âgés de 2 à 5 ans pour des périodes fixes qui n'excèdent pas 4 heures par jour.

Lente viable
La viabilité d'une lente (œuf de pou) est déterminée par la présence de l'opercule situé à son extrémité libre, par sa localisation entre 1 à 6 mm de distance du cuir chevelu ainsi que par la couleur blanc jaunâtre et opaque de la coque (la lente vide ou non viable est plus pâle et translucide).

Liquide organique
Liquide biologique tel que le mucus, le sperme, l'urine, les fèces, la salive, les vomissures et le sang.

Maladie à déclaration obligatoire
Maladie devant être déclarée par les médecins et les laboratoires à la Direction de la santé publique (selon le règlement d'application de la loi sur la protection de la santé publique. R.R.Q. c.P-35,r.1. Mis à jour décembre 1995).

Maladie infectieuse
Maladie de l'être humain ou des animaux attribuable à une infection.

Nourrisson
Enfant âgé de moins de 13 mois.

Ovicidaire
Destruction des œufs.

Parasitisme
Condition d'un être vivant (parasite) qui vit aux dépens d'un hôte (voir ce mot) en lui portant préjudice.

Période de contagiosité (ou de contagion)
Période durant laquelle une personne ou un animal infecté peut transmettre une infection.

Porteur
Personne ou animal infecté qui ne présente aucun signe clinique de la maladie mais qui est une source potentielle d'infection pour l'homme ou les animaux.

Prévalence
Nombre total des cas (nouveaux et anciens) dans une population, à un moment précis dans le temps. Ce nombre s'exprime sous forme de taux.

Prévention
Tout acte destiné à éviter des phénomènes attendus.

Prévention primaire
Toute mesure de santé prise pour éviter l'apparition et la propagation d'une maladie (c'est-à-dire visant à en réduire l'incidence). Ex. : immunisation, lavage mains, etc.

Prévention secondaire
Toute mesure de santé prise pour éviter la progression ou la durée d'une maladie (c'est-à-dire visant à en réduire la prévalence). Ex. : dépistage du strabisme, traitement des cas de tinea, etc.

Prévention tertiaire
Toute mesure de santé prise pour éviter la détérioration ou l'incapacité résultant d'une maladie. Ex. : soins aux handicapés physiques ou mentaux.

Primo-infection
Envahissement de l'organisme par un agent infectieux pour la première fois ; se dit surtout de la tuberculose.

Prophylaxie
Partie de la thérapeutique qui a pour objet de prévenir le développement des maladies.

Réceptivité
État d'une personne dont la résistance à un pathogène particulier est insuffisante pour prévenir la maladie après l'exposition.

Réponse immunitaire
Activation des mécanismes de défense de l'organisme (tels que la mobilisation de cellules, la phagocytose, la production de substances et d'anticorps) contre un agent.

Réservoir
Tout être humain, animal, arthropode, plante ou matière inanimée sur lesquels un agent infectieux est capable de vivre pendant une période relativement prolongée, de se reproduire et d'être transmis à un nouvel hôte.

Risque
Probabilité qu'une personne ayant certaines caractéristiques acquière une maladie donnée.

Situation vaccinale
État de la couverture vaccinale d'une personne. Cette situation est déterminée par le nombre de doses de vaccin reçu selon l'âge de l'individu.

Service de garde
Terme inclusif représentant toute forme de milieu où des enfants sont gardés.

Sujet
Première personne atteinte par une épidémie.

Statut vaccinal
Expression remplacée par « situation vaccinale ».

Surveillance
Évaluation continuelle de la présence et de la distribution d'un phénomène de masse (maladie).

Taux
Rapport entre le nombre d'individus possédant un caractère donné (la maladie) et l'ensemble de la population, dans un temps donné. Par exemple, le taux de diarrhée parmi les enfants placés en garderie correspond à :

a = nombre d'enfants avec diarrhée ;
b = nombre d'enfants sans diarrhée ;
$a + b$ = nombre d'enfants en garderie ;
c = cœfficient de comparaison (100, 1000, 10 000, etc.) ;
Taux = $a / (a + b) \times c$ en unités de temps.

Toxine
Substance de nature protéinique qui est nocive ou même létale pour l'organisme. On distingue l'endotoxine, qui se trouve à l'intérieur de la bactérie et qui est libérée au moment de la rupture de la paroi cellulaire, et l'exotoxine, qui est produite par la bactérie sans dommage à sa paroi cellulaire.

Toxoïde ou anatoxine
Préparation contenant une toxine détoxifiée. La toxoïde est utilisée pour provoquer une immunité active contre les effets nocifs de la toxine.

Transmission (de l'infection)

Transfert immédiat d'un agent (ou d'une maladie) à partir d'une personne infectée à un hôte réceptif.

Transmission directe : de personne à personne par contact étroit.

Transmission indirecte : par un véhicule, l'air ou des vecteurs (voir ce mot).

Transmission verticale : de la mère à l'enfant par les gènes, le placenta, le lait maternel ou à la naissance ; s'oppose à transmission horizontale.

Transmission horizontale : d'une personne à une autre par contact direct ou indirect ou par l'intermédiaire d'un vecteur sans que des facteurs héréditaires soient mis en cause ; s'oppose à transmission verticale.

Trottineur (*toddler*)

Enfant de 13 à 36 mois.

UDI

Utilisateur de drogue injectable.

Vaccin

Préparation contenant soit des micro-organismes entiers tués ou vivants, soit une fraction ou des produits de micro-organismes ayant des propriétés antigéniques. Le vaccin confère à l'hôte une immunité active et spécifique contre l'agent infectieux.

Vecteur

Arthropode (insecte qui permet le transfert d'un agent vers un hôte réceptif).

Véhicule

Tout objet ou substance qui constitue une source d'infection ou d'intoxication (par exemple, des jouets).

Zoonose

Maladie infectieuse transmissible dans des conditions naturelles entre les animaux et l'être humain.

Bibliographie générale

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases*, 25th Ed., Illinois, Elk Grove Village, 2000, 855 p.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Proceeding of the International Conference on Child Care Health: Science, Prevention and Practice*, Pediatrics, [s. l.], 1994, supplément du vol. 94, p. 987-1121.

AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Caring for Our Children. National Health and Safety Performance Standards: Guidelines for out-of Home Child Care Programs*, Michigan, Ann Arbor, 1992.

BALOW, A., et autres. *Manual of Clinical Microbiology*, 5th Ed., [s. l.], ASM, 1991.

BONDY, K., et autres. *Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique*, 2e éd. [s. l.], Édition d'Après, 1994.

CARABIN, H., et autres. *Estimation of Direct and Indirect Costs Because of Common Infections in Toddlers Attending Day Care Centres*, Pediatrics, [s. l.], 1999, vol. 103, 556-564.

CARABIN, H., et autres. *Effectiveness of a Training Program in Reducing Infections in Toddlers Attending Day Care Centres*, Epidemiology, [s. l.], 1999, vol. 10, 219-227.

CARABIN, H., et autres. *Agreement Between Parents and Educators in Reporting Cold and Diarrhea Symptoms in Toddlers Attending Day Care Centres*, Child Care Health Develop J, [s. l.], 2000, vol. 26, p.471-477.

CARABIN, H., et autres. *Comparison of Methods to Analyse Imprecise Fecal Coliform Count Data from Environmental Samples*, Epidemiol Infect, [s. l.], 2001, vol. 126, p.181-190.

CHIN, J. *Control of Communicable Diseases Manual*, American Public Health Association. 17th Ed., Washington, 2000, 623 p.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION. *Guide canadien d'immunisation*, 5e éd., Ottawa, ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 1998, 237 p.

DONOWITZ, L.G. *Infection Control in the Child Care Center and Preschool*, Baltimore, William & Wilkins, 1993.

DORÉ, N., et D. LE HÉNAFF. *Mieux vivre avec son enfant*, gouvernement du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2001.

FEIGIN, R., et J. CHERRY. *Texbook of Pediatric Infectious Diseases*, 3rd Ed. Philadelphie, 1992.

GILBERT, DN, RC MOELLERING et M.A. SANDE. *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy,* 30th Ed., Antimicrobial Therapy, Inc: Hyde Park, Vermont, 2000.

LAROSE, A. *La santé des enfants… en service de garde éducatif,* Québec, Les Publications du Québec, 2000, 271 p.

MANDELL, G.L., J.E. BENNET et R. DOLIN (éditeurs). *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practices of Infectious Diseases*, 4th Ed., New York, Churchill Livingstone, 1995.

NELSON, W.E., et autres. *Nelson Texbook of Pediatrics*, 15th Ed., Philadelphie, 1996.

PÉCHÈRE, J.C. *Reconnaître, comprendre, traiter les infections*, 3e éd. Saint-Hyacinthe, Editions Edisem, 1991.

QUÉBEC, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTE PUBLIQUE, *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 392 p. « Mis à jour en 2000 et en 2001 ».

THE MEDICAL LETTER ON DRUGS AND THERAPEUTICS. *Drugs for Parasitic Infections*, [s. l.], March 2000.

WEBER, M.L. *Dictionnaire de thérapeutique pédiatrique*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1994.

Bibliographie propre à chaque chapitre et à chaque section

Chapitre 1

Le réseau de la santé et les centres de la petite enfance

CARABIN, H. et autres. *Enviro-net, Rapport synthèse, Efficacité d'un programme de contrôle des infections et des contaminants de l'environnement dans les garderies*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Hôpital général de Montréal et Université McGill, 1997, 4 p.

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE. *Le milieu de garde, les microbes et mon enfant*, Laval, Cité de la santé de Laval, 1990.

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE. *Les microbes à la garderie… de la théorie à la pratique: vidéo éducative à l'intention du personnel en service de garde*, vol. I et II, Montréal, Hôpital St-Luc, 1992, vidéo-cassette VHS, 34 min 40 s.

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE PRÉVENTIVE. *Ça va mal à Épidémicity: histoire éducative pour enfants*, format planches et cassettes audio et vidéo, Montréal, Hôpital St-Luc, 1994, vidéo-cassette VHS, 27 min 20 s.

DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE. *Prévenir les infections en garderie, guide adressé aux parents*, Pointe-Claire, Hôpital général de Lakeshore, 1991.

LAROSE, A. *La santé des enfants… en services de gardes éducatifs*, Québec, Les publications du Québec, 2000, 271 p.

QUÉBEC. *Bye! Bye! Les microbes: vidéo éducative à l'intention des enfants de garderie*, Montréal, Office des services de garde à l'enfance, 1989, vidéo-cassette VHS, 14 min 30 s.

SOTO, Julio. *Un modèle de surveillance épidémiologique pour le contrôle des infections en garderie*, vol. I et II, Thèse (Ph. D.), Faculté de médecine, Université de Montréal, 1991.

SOTO, Julio. « Infectious Disease Control in Daycare Centers: a Canadian Experience », *Canadian Journal of Pediatrics*, vol. 5, nº 6, 1993, p. 330-336.

Chapitre 2

La transmission des infections dans les centres de la petite enfance

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Proceedings of the International Conference of Child Day Care Health: Science, Prevention and Practice*, Pediatrics, [s. l.], 1994, supplément du vol. 94, p. 985-1121.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. *Considerations of Infectious Diseases in Day Care Centers. The child Care Infectious Disease Study Group*, Pediatrics Infectious Disease, [s. l.], 1985, vol. 4, p. 124-136.

DENNY, F., A. COLLIER et F. HENDERSON. « Acute Respiratory Infections in Day Care », *Reviews of Infectious Diseases*, vol. 8, nº 4, 1986, p. 527-532.

EKANEM, E.E., et autres. « Transmission Dynamics of Enteric Bacteria in Day-Care Center », *American Journal of Epidemiology*, vol. 118, nº 4, 1983, p. 562-572.

SOTO, J., et A. MARIN-LIRA. « Infectious Diseases in Daycare: a Public Health Perspective », *Canadian Journal of Pediatrics*, vol. 5, nº 4, 1993, p. 274-279.

WENGER, J.D., et autres. « Day Care Characteristics Associated with Haemophilus Influenzae Disease », *The Haemophilus Influenzae Study Group, American Journal of Public Health*, vol. 80, nº 12, 1990, p. 1455-1458.

Chapitre 3

La prévention et le contrôle des infections dans les centres de la petite enfance

BECK, W., et autres. *Handwashing Semmelweis and Chlorine*, Infection Control and Hospital Epidemiology, [s. l.], 1988, vol. 8, p. 366-367.

BLACK, R., et autres. « Handwashing to Prevent Diarrhea in Day-Care Centers », *American Journal of Epidemiology*, vol. 113, 1981, p. 445-451.

DE SERRES, M. *L'entretien des carrés de sable*, Petit à petit, Office des services de garde, [s. l.], 1987, vol. 6, nº 3, p. 12-13.

DIONNE, J.C., J.C. SOTO et S. PINEAU. « Assessment of an Ultraviolet Air Sterilizer on the Incidence of Childhood upper Respiratory Tract Infections and Day-Care Centre Indoor Air Quality », *Indoor Environment*, vol. 3, nº 2, 1993, p. 307-311.

DIONNE, J.C., et J.C. SOTO. *Étude de la qualité de l'air intérieur dans six garderies montréalaises*, Montréal, Département de santé communautaire, Hôpital St-Luc, 1989.

FIELD, E.A. « Hypoallergenic Gloves », *Internal Dental Journal*, vol. 45, 1995, p. 339-346.

GAGNÉ, M.P. *Le kaléidoscope de la qualité*, Québec, Les Publications du Québec, 1993.

QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde, *La prévention des infections chez les personnes travaillant en service de garde, y compris les stagiaires*, Québec, ministère de la Famille et de l'Enfance 1998.

LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE. *Guide de prévention des infections transmissibles par le sang dans les établissements de santé et les services publics*, Ottawa, Santé Canada, 1996.

LAMBERT, D., G. DELAGE et B. DUVAL. *Avis de santé publique sur le contrôle des maladies transmissibles par le sang, dans le contexte d'un service de garde à l'enfance*, Québec, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1994.

MINISTÈRE DES APPROVISIONNEMENTS ET SERVICES CANADA. *Les dangers cachés sur les terrains de jeu pour les jeunes enfants*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et services Canada, 1984.

PROTEAU, R.A. *Garderies : une approche globale : Objectif Prévention*, [s. l.], 1989, vol. 12, p. 20-26.

RUTALA, W. « Draft Guideline for Selection and Use of Disinfectants, Association for Practitionners in Infection Control, Guidelines Committee », *American Journal of Infectious Control,* vol. 23, nº 3, 1995, p. 35A-67A.

SHAPIRO, E.D., J. KURITSKY et J. POTTER. « Policies for the Exclusion of Ill Children from Group Day-Care: an Unresolved Dilemma », *Review of Infectious Diseases*, vol. 8, nº 4, 1986, p. 622-625.

SOTO, J., M. GUY et L. BÉLANGER. *Handwashing and Infection Control in Day Care Centers*, Pediatrics, [s. l.], 1994, supplément du vol. nº 84, p. 1030.

SUSSMAN, G.L. et D.H. BEEZHOLD. « Allergy to Latex Rubber », *Annals of Internal Medicine,* vol. 122, 1995, p. 43-46.

Chapitre 4

Les maladies infectieuses

Amibiase

Se référer à la bibliographie générale.

Ankylostomiase

Se référer à la bibliographie générale.

Ascaridiase

Se référer à la bibliographie générale.

Bronchiolite à virus respiratoire syncytial

Se référer à la bibliographie générale.

Campylobactériose

GOOSENS, H., et autres. « Investigation of an Outbreak of Campylobacter Upsaliensis in Day Care Centers in Brussels », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 172, nº 5, 1995, p. 1298-1305.

RIORDAN, T., T.J. HUMPHREY et A. FOWLES. « A Point Source Outbreak of Campylobacter Infection Related to Bird-Pecked Milk », *Epidemiology and Infection*, vol. 110, nº 2, 1993, p. 261-265.

Candidose

BADER, G., E. DORNOIS et C. LECOINTRE. « Conduite à tenir devant une suspicion de candidose buccale », *Le chirurgien-dentiste de France*, 1988.

BOISNIC, S. « Kératoses de la cavité buccale », *Archives d'anatomie et de cytologie pathologiques*, vol. 40, nº 2-3, 1992, p. 150-154.

HOPPE, J. « Treatment of Oropharyngeal Candidiasis and Candidal Diaper Dermatitis in Neonates and Infants: Review and Reappraisal », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 16, nº 9, 1997, p. 885-894.

FOTOS, P.G. et J.W. HELLSTEIN. *Candida and Candisosis, Epidemiology, Diagnosis and Therapeutic Management*, Dental Clinics of North America, [s. l.], vol. 36, nº 4, 1992, p. 857-878.

Chlamydiose (infection à)

COOK, P.J. et D. HONEYBOURNE. « Chlamydia pneumoniae », *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, vol. 34, nº 6, 1994, p. 859-873.

QUÉBEC. *Prévenir et enrayer…Situations et orientations. Les maladies transmises sexuellement à déclaration obligatoire*, Document de travail, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 76 p.

SANTÉ CANADA, Direction générale de la protection de la santé, Groupe d'experts du Laboratoire de lutte contre la maladie, *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*, Ottawa, Santé Canada, Direction générale de la protection de la santé, 1998, 277 p.

Clostridium difficile

Se référer à la bibliographie générale.

Conjonctivite

CHOMEL, J.J., et autres. « An Epidemic of Adenovirus Type 1 Conjunctivitis, *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 8, nº 12, 1989, p. 884-886.

TROTTIER, S., et autres. « Haemophilus Influenzae Causing Conjunctivitis in Day-Care Children », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 10, 1991, p. 578-84.

Coqueluche

BARON S., et autres. *Estimation épidémiologique de l'efficacité de la vaccination anticoquelucheuse au cours d'épidémies en collectivité*. Archives Pédiatr. [s. l.], 1997, p. 4, 744-750.

BLACK S. « Epidemiology of Pertusis », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol.16, (4 suppl.), 1997, p. S 85-89.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Définitions nosologiques. Surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La coqueluche. Protocole d'intervention*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999.

HALPERIN S., et autres. « Adult Formulation of Five Component Acellular Pertussis Vaccine Combined with Diphteria and Tetanus Toxoids and Inactivated Poliovirus Vaccine is Safe and Immunogenic in Adolescents and Adults », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, 2000, 19 : 276-83.

HALPERIN S., et autres. « Seven Days of Erythromycin Estolate is as Effective as Forteen Days for the Treatment of Bordetella Pertussis Infections », *Pediatrics*, 1997, 100 : 65-71.

HEWLETT E. « Current Concepts of Pathogenesis and Prevention », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, 1997, 16 : S 78-84.

LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Fichier MADO*, données sur la coqueluche, Québec, de 1990 à 1995.

MASTRANTONIO P., et autres. « Bordetella Pertussis Infection in Children: Epidemiology, Clinical Symptoms and Molecular Characteristics of Isolates », *Journal of Clinical Microbiology*, 1998, 36 (4) : 999-1002.

SRUGO, I., et autres. *Pertussis Infection in Fully Vaccinated Children in Day-Care Center*, Israel. Emerging Infectious Diseases, vol. 6, nº 5, 2000, p. 526-529.

Coxsackie (Infection à)

Se référer à la bibliographie générale.

Cryptosporidiose

CORDELL, R.L. et D.G. ADDISS. « Cryptosporidiasis in Child Care Settings: a Review of the Literature and Recommendations for Prevention and Control », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 13, 1994, p. 310-317.

GARCIA LS, et RY SHIMIZU. « Evaluation of Nine Immunoassay Kits (Enzyme Immunoassay and Direct Fluorescence) for Detection of Giardia Iamblia and Cryptosporidium Parvum in Human Fecal Specimens », *Journal of Clinical Microbiology*, 1997, 35 :1526-1529.

Cytomégalovirus (Infection à)

ADLER, S.P. « Cytomegalovirus Transmission among Children in Day Care, their Mothers and Caretakers », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 7 nº 4, 1988, p. 1290-1296.

ADLER, S.P. « Molecular Epidemiology of Cytomegalovirus: Viral Transmission among Children Attending a Day Care Center, their Parents, and Caretakers », *Journal of Pediatric*, vol. 112, nº 3, 1988, p. 366-372.

ADLER, S.P. « Cytomegalovirus and Child Day Care. Evidence for an Increased Infection Rate among Day-Care Workers », *New England Journal of Medicine*, vol. 321, nº 19, 1989, p. 1290-1296.

ADLER, S.P. et J.W. FINNEY. *Prevention of Child-to-Mother Transmission of Cytomegalovirus by Changing Bevahiors – a Randomized Controlled Trial*, Pediatrics Infec Dis J, [s. l.], 1996, 15(3) : 240-246.

ADLER, S.P. *Cytomegalovirus and Pregnancy*, Current Opinion, Obstetrics and Gynocology, [s. l.], 1992, vol. 4, nº 5, p. 670-675.

ADLER, S.P. « Cytomegalovirus and Child Day Care: Risk Factors for Maternal Infection », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 10, nº 8, 1991, p. 590-594.

ADLER, S.P. « Cytomegalovirus Transmission and Child Day Care », *Advances in Pediatric Infectious Diseases*, vol. 7, 1992, p. 109-122.

ADLER, S.P., et autres. « Prevention of Child-to-Mother Transmission of Cytomegalovirus by Changing Behaviours: a Randomized Controlled Trial », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 15, 1996, p. 240-246.

BALE, J. et B. ZIMMERMAN. *Cytomegalovirus Transmission in Child Care Homes*, Archives of Pediatrics & Adolescent medicine, [s. l.], 1999, 153(1) : 75-79.

CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY. « Cytomegalovirus Infection in Day-Care Centers: Risk to Pregnant Women », *Canadian Medicine Association Journal*, vol. 142, nº 6, 1996, p. 547-549.

CHANDWANI, S., et autres. « Cytomegalovirus Infection in Human Immunodificiency Virus Type 1-Infected Children », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 15, 1996, p. 310-314.

FAIX, R.G. « Survival of Cytomegalovirus on Environmental Surfaces », *Journal of Pediatrics*, vol. 106, nº 4, 1985, p. 649-652.

FORD-JONES, E.L., et autres. « Cytomegalovirus Infections in Toronto Child-Care Centers: a Prospective Study of Viral Excretion in Children and Seroconversion among Day-Care Providers », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 15, 1996, p. 507-514.

JACKSON, L.A., et autres. « Risk of Infection with Hepatitis A, B or C, Cytomegalovirus, Varicella or Measles among Child Care Providers », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 15, 1996, p. 584-589.

MURPH, J.R., et autres. « The Occupational Risk of Cytomegalovirus Infection among Day-Care Providers », *JAMA*, vol. 265, nº 5, 1991, p. 603-608.

MURPH, J.R. « Day Care Associated Cytomegalovirus: Risk for Working Women », *Journal of the American Medical Women Association*, vol. 43, nº 3, 1993, p. 79-82.

PASS, R.F., et autres. « Increased Rate of Cytomegalovirus Infection among Day Care Center Workers », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 9, nº 7, 1990, p. 465-470.

PASS, R.F. « Day-Care Centers and the Spread of Cytomegalovirus and Parvovirus B19 », *Pediatric Annals*, vol. 20, nº 8, 1991, p. 419-426.

SOTO, J., et autres. *Cytomegalovirus Infection as an Occupational Health Hazard among Women Employed in Day-Care Centers*, Pediatrics, [s. l.], 1994, supplément du nº 84, p. 1031.

TOOKEY, P. et C.S. PECKHAM. « Does Cytomegalovirus Present an Occupational Risk ? », *Archives of Diseases in Childhood*, vol. 66, nº 9, 1991, p. 1009-1010.

Dermatite de couches

KAZAKS, E.L., et A.T. Lane. *Diaper Dermatitis*. Pediatric clinics of North America, [s. l.], p. 909-919.

LOBLENZER, P.J. « Diaper Dermatitis – An Overview with Emphasis on Rational Therapy Based on Etiology and Pathodynamics », *Clinical Pediatrics*, vol. 12, nº 7, 1993, p. 386-392.

SINGLETON, J.K. « Pediatric Dermatoses: Three Common Skin Disruptions in Infancy », *The Nurse Practitioner*, vol. 22, no 6, 1997, p. 32-50.

Diarrhée épidémique

BARTLETT, A.V., et autres. « Diarrheal Illness among Infants and Toddlers in Day Care Centers: Effects of Active Surveillance and Staff Training without Subsequent Monitoring », *American Journal of Epidemiology*, vol. 127, nº 4, 1998, p. 808-817.

BUTZ, A.M., et autres. « Occurrence of Infectious Symptoms in Children in Day Care Homes », *American Journal of Infections Control*, vol 18, nº 6, 1990, p. 347-353.

HILLIS, S.D., et autres. « Day Care Center Attendance and Diarrheal Morbidity in Colombia, Pediatrics », vol. 90, nº 4, 1992, p. 582-588.

HOLADAY, B., et autres. « Patterns of Fecal Contamination in Day-Care Centers », *Public Health Nursing*, vol. 7, nº 4, 1990, p. 224-228.

LABORDE, D.J., et autres. « Effect of Fecal Contamination on Diarrheal Illness Rates in Day-Care Centers », *American Journal of Epidemiology*, vol. 138, nº 4, 1993, p. 243-255.

MORROW, A.L., I.T. TOWNSEND et L.K. PICKERING. « Risk of Enteric Infection Associated with Child Day Care », *Pediatric Annals*, vol. 20, nº 8, 1991, p. 427-433.

PONKA, A., et autres. « Infections and Other Illnesses of Children in Day-Care Centers in Heksinki I: Incidences and Effects of Home and Day-Care Center Variables », *Infection*, vol. 19, nº 4, 1991, p. 203-206.

REVES, R.R., et autres. « Child Day Care Increases the Risk of Clinic Visits for Acute Diarrhea and Diarrhea Due to Rotavirus », *American Journal of Epidemiology*, vol. 137, nº 1, 1993, p. 97-107.

STAAT, M.A., et autres. « Diarrhea in Children Newly Enrolled in Day-Care Centers in Houston », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 10, nº 4, 1991, p. 282-286.

THOMPSON, S.C. « Infectious Diarrhea in Children: Controlling Transmission in the Child Care Setting », *Journal of Pediatrics and Child Health*, vol. 30, nº 3, 1994, p. 210-219.

VAN, R., et autres. « The Effect of Diaper Type and Overclothing on Fecal Contamination in Day-Care Centers », *JAMA*, vol. 265, nº 14, 1991, p. 1840-1844.

VAN, R., et autres. « Environmental Contamination in Child Day-Care Centers », *American Journal of Epidemiology*, vol. 133, nº 5, 1991, p. 460-470.

Diphtérie

HADFIELD T., et autres. « The Pathology of Diphteria », *Journal of infectious diseases*, 2000, 181 (suppl.):S116-20.

MCGREGOR R.R. *Corynebacterium Diphteriae*. In Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. principles and practices of infectious diseases. New York: Churchill Livingstone, 1995, p. 1865-1872.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Diphtérie respiratoire et cutanée, Généralités et protocole d'intervention*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999.

Échovirus non polio (Infection à)

SAROEA, H.G. « Common Colds. Causes, Potential Cures and Treatment », *Canadian Family Physician*, vol. 39, 1993, p. 2215-2216 et 2219-2220.

RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA. *Éclosion de méningite à échovirus de type 30 dans le sud de la Saskatchewan*, [s. l.], 1998, vol. 23-24, p. 185-188.

RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA. *Méningite aseptique à échovirus 30 Japon 1997-1998*, [s. l.], 1998, vol. 23-24, p. 188-189.

Érythème infectieux

APIC INFECTION CONTROL AND APPLIED EPIDEMIOLOGY. *Principles and Practices*, [s. l.], 1996, vol. 70, p. 70-1-70-5.

BANSAL, G.P., et autres. « Candidate Recombivant Vaccine for Human B 19 Parvovirus », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 167, 1993, p. 1034-1044.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. « Risk Associated with Human Parvovirus B 19 Infection », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 38, nº 6, 1989, p. 82-97.

CLAPPERTON, I. et F. RANGER. *La cinquième maladie : le printemps s'en vient*, Mission Prévention possible, [s. l.], 1992, p. 4.

LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Diagnostic en laboratoire de l'infection B Parvovirus B 19*, Québec, lettre du 20 juillet 1995.

Escherichia coli (gastro-entérite à)

ALLABY, M.A. et R. MAYON-WHITE. « Escherichia Coli 0157: Outbreak in Day Nursery », *Communicable Disease Report: CDR Review*, vol. 5, nº 1, 1995, p. R4-R6.

BELONGIA, E.A., et autres. « Transmission of Escherichia Coli 0157: H7 Infection in Minnesota Child Day-Care Facilities », *JAMA*, vol. 269, nº 7, 1993, p. 883-888.

BOWER, J. R., et autres. « Escherichia Coli 0114: Nonmotile as a Pathogen in an Outbreak of Severe Diarrhea Associated with a Day Care Center », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 160, nº 2, 1989, p. 243-247.

REIDA, P., et autres. « An Outbreak Due to Enterohaemorrhagic Escherichia Coli 0157: H7 in a Child Day Care Centre Characterized by Person-to-Person Transmission and Environmental Contamination », *International Journal of Medical Microbiology, Virology, Parasitology and Infectious Diseases*, vol. 281, nº 4, 1994, p. 534-543.

SEEMA, S., et autres. « Prolonged Fecal Shedding of Escherichia Coli 0157:H7 During an Outbreak at a Day Care Center », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 23, 1996, p. 835-836.

Folliculite et furoncle

BOTTONE, E.J. et A.A. PEREZ. « Pseudomonas Aeruginosa Folliculitis Acquired through use of a Contaminated Loofah Sponge: an Unrecognized Potential Public Health Problem », *Journal of Clinical Microbiology*, vol. 31, nº 3, 1993, p. 480-483.

BREITENBACH, R.A. « Pseudomonas Folliculitis from a Health Club Whirlpool », *Postgraduate Medicine*, vol. 90, nº 3, 1991, p. 169-170 et 173.

BARTLETT, J.G. *Bacterial Diseases of the Skin: Hair Follicle Infections*, dans R.E. Rakel (Ed.), Conn's current therapy, Philadelphie W.B. Saunders Co, 1992, p. 756-757.

Gale

BARBER, K. « Scabies-Again », *Medicine North America*, vol. 18, 1995, p. 639-641 et 683-684.

Giardiase

GARCIA LS, et RY SHIMIZU. « Evaluation of Nine Immunoassay Kits (Enzyme Immunoassay and Direct Fluorescence) for Detection of Giardia Iamblia and Cryptosporidium Parvum in Human Fecal Specimens », *Journal of Clinical Microbiology*, 1997, 35:1526-1529.

ISH-HOROWICZ, M., et autres. « Asymptomatic Giardiasis in Children », *Pediatric Infectious Journal*, vol. 8, 1989, p. 773-779.

NOVOTNY, T.E., et autres. « Prevalence of Giardia Iamblia and Risk Factors for Infection among Children Attending Day-Care Facilities in Denver », *Public Health Report,* vol. 105, 1990, p. 72-75.

OVERTURF, G.D. « Endemic Giardiasis in the United States: Role of the Daycare Center », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 18, 1994, p. 764-765.

STEKETEE, R.W., et autres. « Recurrent Outbreaks of Giardiasis in a Child Day Care Center, Wisconcin », *American Journal Public Health*, vol. 79, 1989, p. 485-490.

Gonorrhée

QUÉBEC. *Prévenir et enrayer… Situations et orientations. Les maladies transmises sexuellement à déclaration obligatoire*, Document de travail, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 76 p.

SANTÉ CANADA, Direction générale de la protection de la santé, Groupe d'experts du Laboratoire de lutte contre la maladie, *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*, Ottawa, Santé Canada, 1998, 277 p.

Hæmophilus influenzæ type b

BISGARD, K., et autres. *Haemophilus Influenzae Invasive Disease in the United States, 1994-1995: Near Disappearance of a Vaccine-Preventable Childhood Disease*, Emerging Infectious Diseases, [s. l.], 1998, 4 (2): 229-237.

CENTER FOR DISEASES CONTROL. « Progress toward Eliminating Haemophilus Influenzae Type b Disease among Infants and Children – United States, 1987-1997 », *JAMA*, 1999, 281 (5):409-412.

LORANGE, M. *Surveillance des infections envahissantes à Hæmophilus influenzæ*, Rapport annuel, Laboratoire de santé publique du Québec, [s. l.], 1999.

MURPHY, T.V., et autres. « Haemophilus Influenzae Type b in Respiratory Secretions », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, 1989, 8 : 148-151.

PELTOLA, H. *Haemophilus Influenzae Type b Disease and Vaccination in Europe: Lessons Learned*, Pediatr Infect Dis J, [s. l.], 1998, 17 :S126-132.

SCHEIFELE, D., et autres. *Recent Trends in Pediatric Haemophilus Influenzae Type b Infections in Canada*, [s. l.], 1996, 154 (7) : 1041-1047.

WENGER, J. *Epidemiology of Haemophilus Influenzae Type b Disease and Impact of Haemophilus Influenzae Type b Conjugate Vaccines in the United States and Canada*, Pediatr Infect Dis J, [s. l.], 1998, 17 :S132-136.

Hépatite A

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES (ACIP). *Prevention of Hepatitis A through Active or Passive Immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*, MMWR, 2001, 1999, 48 (RR12) : 1-37.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Prevention of Hepatitis A through Active or Passive Immunization, Recommandations of the Advisory Commitee on Immunization Practice », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1996, 45 : RR-15.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION. *Déclaration supplémentaire sur le vaccin contre l'hépatite A*, Relevé des maladies transmissibles au Canada, [s. l.], 2000, p. 12-18.

DELAGE, G. « Hepatitis A Vaccines: How Will We Use Them ? », *Canadian Journal Infectious Diseases*, vol. 4, nº 1, 1993, p. 9-10.

DION, R. *Lettres aux parents et travailleurs des garderies McGill*, Montréal, Unité des maladies infectieuses, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1995.

FURESCZ, J., D.W. SHEIFELE et L. PALKONYAY. « Safety and Effectiveness of the New Inactivated Hepatitis A Virus Vaccine », *Canadian Medicine Association Journal*, vol. 142, nº 3, 1995, p. 343-348.

HADLER, S.C., et autres. « Effect of Immunoglobulin on Hepatitis A in Day-Care Centers », *JAMA*, vol. 249, nº 1, 1983, p. 48-53.

HOFMANN, F., et autres. *Hepatitis A as an Occupational Hazard*, Vaccine, [s. l.], 1992, supplément du nº 10, p. S82-S84.

HONISH, L., et K., BERGSTROM. *Préposé à la manipulation des aliments d'un commerce d'alimentation au détail en Alberta, infecté par le virus de l'hépatite A : stratégies de protection de la santé publique*, Relevé des maladies transmissibles au Canada, [s. l.], vol 27-21, 2001, p. 1-4.

JACQUES, P., et autres. « Increased Risk for Hepatitis A among Female Day Nursery Workers in Belgium », *Occupational Medicine*, vol. 44, nº 5, 1994, p. 259-261.

JILG, W. *Adult Use of Hepatitis A Vaccine in Developed Countries*, Vaccine, [s. l.], 1993, supplément du nº 11, p. S6-S8.

PRIKAZSKY, V. « Interruption of an Outbreak of Hepatitis A in Two Villages by Vaccination », *Journal of Medicine Virology*, vol. 44, nº 4, 1994, p. 457-459.

SANTÉ CANADA, Comité consultatif national de l'immunisation. *Déclaration supplémentaire sur le vaccin contre l'hépatite A*, Relevé des maladies transmissibles au Canada. [s. l.], vol. 26, 2000, DCC-4, 8 p.

SHAPIRO, C.N., et autres. *Epidemiology of Hepatitis A: Seroepidemiology and Risk Groups in the USA*, Vaccine, [s. l.], 1992, supplément du nº 10, p. S59-S62.

SHAPIRO, C.N. et S.C. HADLER. « Significance of Hepatitis in Children in Day Care », *Seminars of Pediatrics Infectious Diseases*, vol. 1, nº 2, 1990, p. 270-279.

STAES, C. J., et autres. « Sources of Infection among Persons with Acute Hepatitis A and no Identified Risk Factors during a Sustained Community-Wide Outbreak », *Pediatrics*, vol. 106, nº 4, 2000, 7 p.

TILZEY, A.J. « Clinical Trial with Inactivated Hepatitis A Vaccine and Recommendations for Its Use », *British Medical Journal*, vol. 304, nº 6837, 1992, p. 1272-1276.

VERNON, A.A., et autres. « A Large Outbreak of Hepatitis A in a Day-Care Center: Association with Non-Toilet-Trained Children and Persistence of IgM Antibody to Hepatitis A Virus », *American Journal of Epidemiology*, vol. 115, nº 3, 1982, p. 325-331.

Hépatite B

DESEDA, C., et autres. « Hepatitis B Virus Transmission between a Child and Staff Member at a Day-Care Center », *Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 13 (a), 1994, p. 828-829.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE. *Les maladies transmissibles par le sang et les services de garde à l'enfance*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie et Regroupement des garderies sans but lucratif de la Montérégie, publié en collaboration avec l'Office des services de garde à l'enfance, 1995.

LAMBERT, D., et autres. *Avis de santé publique sur le contrôle des maladies transmissibles par le sang dans le contexte d'un service de garde à l'enfance*, Québec, Direction de la santé publique et Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994, 92 p.

MCINTOSH, E., et autres. « Horizontal Transmission of Hepatitis B in a Children's Day-Care Center: a Preventable Event », *Australian and New Zealand journal of public health*, vol. 21, nº 7, 1997, p. 791-792.

SODERSTROM, A., et autres. « Chronic Hepatitis B in Children in Gothenburg, Sweden », *Scand J Infect Dis*, vol. 31, 1999, p. 109-114.

VENNE, S., P. ROBILLARD et É. ROY. *Annexe au document : Avis de santé publique sur le contrôle des maladies transmissibles par le sang, dans le contexte d'un service de garde à l'enfance. Section travailleurs*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1997, 21 p.

WILLIAMS, I., et autres. « Hepatitis B Virus Transmission in a Elementary School Setting », *JAMA*, vol. 278, nº 24, 24 1997, p. 2167-2169.

Hépatite C

CUTHBERT, J.A. « Hepatitis C: Progress and Problems », *Clinical Microbiology Review*, vol. 7, nº 4, 1994, p. 505-532.

SHERMAN, M. « Hepatitis C: What You and Your Patient Should Know », *The Canadian Journal of CME*, 1995, p. 47-59.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE. *Les maladies transmissibles par le sang et les services de garde à l'enfance*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie et Regroupement des garderies sans but lucratif de la Montérégie, publié en collaboration avec l'Office des services de garde à l'enfance, 1995.

DUSHEIKO, G.M., M. SMITH et P.J. SCHEUER. « Hepatitis C Virus Transmitted by Human Bite », *The Lancet*, vol. 336, 1990, p. 503-504.

FIGUEIREDO, J.F., et autres. « Transmission of Hepatitis C Virus but not Human Immunodeficiency Virus Type 1 by a Human Bite », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 19, nº 3, 1994, p. 546-547 .

QUÉBEC. *Information à l'intention des médecins. L'hépatite C,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 1999, 40 p.

QUÉBEC. *Recommandations visant la prise en charge des travailleurs exposés au sang et aux autres liquides biologiques*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 1999, 24 p.

LABORATORY CENTER FOR DISEASE CONTROL. « Guidelines and Recommendations on the Prevention and Control of Hepatitis C », *Canadian Journal of Gastroenterology*, vol. 9, nº 7, 1995, p. 377-386.

MARTIN, S.R. *Hepatitis C Daycare and School Issues*, présentation faite à l'Hôpital Sainte-Justine, Montréal, 2001.

VENNE, S., P. ROBILLARD et É. ROY. *Annexe au document : Avis de santé publique sur le contrôle des maladies transmissibles par le sang, dans le contexte d'un service de garde à l'enfance. Section travailleurs,* Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1997, 21 p.

Hépatite D

Se référer à la bibliographie générale.

Hépatite E

Se référer à la bibliographie générale.

Herpès

AMIR, J., et autres. *Treatment of Herpes Simplex Gingivostomatitis with Acyclovir in Children: a Randomised Double Blind Placebo Controlled Study*, BMJ, [s. l.], 1997, 314:1800-1803.

AOKI F., et autres. *Acyclovir Suspension for Treatment of Acute Herpes Simplex Virus Gingivostomatitis in Children: a Placebo Controlled, Bouble Blink Trial*, Abstracts of the 33th Intersectional Conference on Artimicrobial Agents and chemotherapy, 1993.

DU COULOMBIER, H., et autres. *A Controlled Clinical Trial versus Placebo of Acyclovir in the Treatment of Herpetic Gingivostomatitis in Children*, Ann Pediate, [s. l.], 1989, 35:212-216.

KUZUSHIMA, K., et autres. « Clinical Manifestations of Primary Herpes Simplex Virus Type 1 Infection in a Closed Community », *Pediatrics*, vol. 87, nº 2, 1991, p. 152-158.

ORAM, R., et B. HEROLD. *Antiviral Agents for Herpes Viruses*, Concise Reviews of Pediatrics Infectious Diseases, [s. l.], 1998, p. 652-653.

SHMITT, D.L., D.W. JOHNSON et F.W. HENDERSON. « Herpes Simplex Type 1 Infections in Group Day Care », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 10, nº 10, 1991, p. 729-734.

THOUVENOT, D. et F. NAJIOULLAH. « Herpesvirus simplex de types 1 et 2 (HSV-I et HSV-2) », *La revue du praticien*, 1999, 49 : 2203-2207.

Impétigo

RICE, T.D., A.K. DUGGAN et C. DEANGELIS. « Cost-Effectiveness of Erythromycin versus Mupirocin for the Treatment of Impetigo in Children », *Pediatrics*, vol. 89, nº 2, 1992, p. 210-214.

Influenza (grippe)

BLAISS, M. *Influenza Prevention and Treatment: New Options. 1999 American College of Allergy*, Asthma and Immunology, Annual meeting, [s. l.], 1999.

WINQUIST, A., et autres. *Neuraminidase Inhibitors for Treatment of Influenza A and B Infections*, Morbidity and Mortality Weekly Report, [s. l.], 1999, 48 (RR14); 1-9.

CUNHA, B.A. *Influenza and Its Complications. In most Instances, the Disease Course is Short and Resolution Unremarkable, but a Red Flag Should Go up when a Patient Comes in with Additionnal Complaints after Recovering from the Initial Bout*, Emergency medecine, [s. l.], 2000, p. 56.

GLENZEN, W.P., et autres. *Family Studies of Vaccine Efficacy in Children: Comparison of Protection Provided by Inactivated and Attenuated Influenza Vaccines*, Elsevier Science Publishers B.V, [s. l.], 1993, p. 435-457.

HANNOUN, C., et autres. *Option for the Control of Influenza II. Proceedings of the International Conference on Options for the Control of Influenza*, 1992, Courchevel, France, Elsevier Science Publishers B.V, 1993.

HEDRICK J., et autres. *Zanamivir for Treatment of Symptomatic Influenza A and B Infection in Children Five to Twelve Years of Age: a Randomizad Controlled Trial*, Pediatr Inect Dis J, [s. l.], 2000, 19:410-7.

HEIKKINEN, T., M. WARIS et O. RUUSKANEN. *Efficacy of Influenza Vaccination in Reducing Otitis Media in Children*, Elsevier Science Publishers B.V, [s. l.], 1993, p 431-434.

JOURNAL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. *Résumé des recommandations de la Conférence canadienne de consensus sur l'asthme 1999*, 1999, p. 161 (11 suppl.)

MONTO, A.S. *Influenza Vaccines for the Elderly*, New England Journal of Medicine, [s. l.], 1994, 331(1)11:807-808.

NICHOLSON, K.G. *Annual Vaccination: Conclusions and Recommendations*, Elsevier Science Publishers B.V, [s. l.], 1993, p. 451-455.

POTTER, C.W. *Vaccination of Infants and Children: Conclusions and Recommendations*, Elsevier Science Publishers B.V, [s. l.], 1993, p. 449-450.

SCHWARTZ, B., et autres. « Respiratory Infections in Day Care », *Pediatrics*, 1994, 4 (6):1018-1020.

THE ABC'S OF SAFE AND HEALTHY CHILD CARE. « Influenza in the Child Care Setting », [En ligne], 1997, [*http://www.cdc.gov/ncidod/hip/abc*].

Intoxication alimentaire

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Bacillus Cereus Food Poisoning Associated with Fried Rice at Two Child Day Care Centers-Virginia*, Morbidity and Mortality Weekly Report, [s. l.], 1994, 43 (10):177-178.

Laryngite striduleuse (faux croup)

Se référer à la bibliographie générale.

Listeria

FORTIN A., M. LORANE et F. LEVAC. *Étude descriptive des cas déclarés de listériose*, Direction régionale de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, [s. l.], 2000, 62 p.

Méningite bactérienne

ARDITI, M., et autres. « Three-Year Multicenter Surveillance of Pneumococcal Meningitis in Children: Clinical Characteristics and Outcome Related to Penicillin Susceptibility and Dexamethasone Use », *Pediatrics*, 1998, 102(5):1087-1097.

BLACK, S., et autres. « Efficacy, Safety and Immunogenicity of Heptavalent Pneumococcal Conjugate Vaccine in Children », *Pediatr Infect Dis J*, 2000, 19:187-195.

CDC. *Preventing Pneumococcal Disease among Infants and Young Children. Recommendations of the Advisory Committee on Immunisation Practices (ACIP)*, MMWR, [s. l.], 2000, 49 (RR-9):1-35.

DAWSON, K., J. EMERSON et J. BURNS. *Fifteen Years of Experience with Bacterial Meningitis*, Pediatr Infect Dis J, [s. l.], 1999, 18:816-822.

ESTRADA, B. *Preventing Pneumococcal Disease in Young Children*, Infect Med, [s. l.], 2000, 17 (5):318-319.

Méningite virale

HELFAND, R.F., et autres. « Echovirus 30 Infection and Aseptic Meningitis in Parents of Children Attending a Child Care Center », *Journal of Infectious Diseases*, 1994, 169 (5):1133-1137.

JOKI-KORPELA P. et T. HYYPIÄ. *Diagnosis and Epidemiology of Echovirus 22 Infections*, Clinical Infectious Diseases, [s. l.], 1998, 26:129-136.

MOHLE-BOETANI. J., et autres. *Viral Meningitis in Child Care Center Staff and Parents: an Outbreak of Echovirus 30 Infectiions*, Public Health Reports, [s. l.], 1999; 114:249-256.

REINTJES R., et autres. *Community-Wide Outbreak of Enteroviral Illness Caused by Echovirus 30: a Cross-Sectional Survey and a Case-Control Study*, Pediatr Infect Dis J, [s. l.], 1999, 18:104-108.

SANTÉ CANADA. *Éclosion de méningite à échovirus de type 30 dans le sud de la Saskatchewan*, CCDR, [s. l.], 1998, p. 185-187.

Molluscum contagiosum

Se référer à la bibliographie générale.

Mononucléose infectieuse

AHRONHEIM, G.A. et J.H. JONCAS. *Infectious Mononucleosis*, Medicine North America, [s. l.], 1993, 16:867-871.

SEIGNEURIN J. « Virus Epstein-Barr (EBV) », *La revue du praticien*, 1999, p. 49.

PETER J. et G. RAY. *Infectious Mononucleosis*. Pediatrics in review, [s. l.], 1998, 19:276-279.

POTTAGE, J.C. *Infectious Mononucleosis*, dans W.B. Saunders (Ed.), Conn's current therapy, Philadelphie, W.B. Saunders Cie, 1992, p. 91-92.

Neisseria meningitidis (infection à)

ANONYME. « Lignes directrices pour la lutte contre les atteintes méningococciques », *Canadian Medical Association Journal*, 1992, 146 (6):945-948.

ASSOCIATION FOR PRACTITIONNERS IN INFECTION CONTROL. « Infection Control and Applied Epidemiology Principes and Practices », *Association for Practitionners in Infection Control Journal*, 1996, 69:1-3.

FISCHER M., et autres. *Tobacco Smoke as a Risk Factor for Meningococcal Disease*. Pediatr Infect Dis J, [s. l.], 1997, 16:979-983.

GOLD, R. « La maladie méningococcique au Canada : 1991-1992 », *Canadian Journal of Public Health*, 1992, 83 (1) : p. 6-8.

QUÉBEC. *Infections invasives à méningocoque. Protocole d'intervention*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1999.

QUÉBEC. *Infections invasives à méningocoque. Prévenir et enrayer… Situation et orientations*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1994.

LEAKE, J. et B. PERKINS. *Meningococcal Disease: Challenges in Prevention and Management*, Infect Med, [s. l.], 2000 ; 17 (5) : 364-377.

LORANGE, M. et, L. JETTÉ. *Surveillance des infections envahissantes à Neisseria meningitidis*. Rapport annuel, Laboratoire de santé publique du Québec, 1999.

ROSENSTEIN N., et autres. « Efficacy of Meningococcal Vaccine and Barriers to Vaccination », *JAMA*, 1998 ; 279 (6) : p. 435-439.

SANTÉ CANADA. *Les méningococcies invasives au Canada, du 1er janvier 1997 au 31 décembre 1998*, CCDR, [s. l.], 2000 ; 26-21 : 177-182.

WHALEN, C.M., et autres. « The Changing Epidemiology of Invasive Meningococcal Disease in Canada 1985 through 1992 », *JAMA*, 1995 ; 273 (5) : p. 390-394.

Oreillons

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNISATION PRACTICES (ACIP). *Measles, Mumps and Rubella. Vaccine Use and Strategies for Elimination of Measles, Rubella and Congenital Rubella Syndrome and Control of Mumps: Recommendations of the Advisory Committee on Immunisation Practices*, [s. l.], 1998, MMWR 47 (RR-8) ; 1-57.

DE SERRES G., et autres. *Epidemiology of Mumps in Québec*, 1970-1995, CCDR, [s. l.], 1997, 23 : p. 9-14.

Otite moyenne aiguë

BARNETT, E.D., et autres. « Otitis Media in Children Born to Human Immunodeficiency Virus-Infected Mothers », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, 1992, 11(5) : p. 360-364.

BERMAN, S. et R. ROARK. « Factors Influencing Outcome in Children Treated with Antibiotics for Acute Otitis Media », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, 1993, 12 (1) : p. 20-24.

BLUESTONE, C.D., J.S. STEPHENSON et L.M. MARTIN. « Ten-Year Review of Otitis Media Pathogens », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, 1992, 11 (suppl. 8), p. S7-S11.

GEHANNO, P., et autres. « Pathogens Isolated during Treatment Failures in Otitis », *Pediatric Infectious Disease Journal*, 1998, 17(10), p. 885-886.

NOËL, F.L. « Looking into the Clinical Picture of Otitis Media », *Canadian Journal of Diagnosis*, 1993, 10 (2), p. 27-46.

RIDING, K.H. « Current Management of Otitis Media Children », *Canadian Journal of Continuing Medical Education*, 1993, 5 (6), p. 27-38.

THOMPSON D., et autres. « Management of Otitis Media among Children in a Large Health Insurance Plan », *Pediatric infectious disease journal*, 1999, 18 (3), p. 239-244.

Oxyure

COOK, G.C. « Enterobius Vermicularis Infection », *Gut*, vol. 35, 1994, p. 1159-1162.

Pédiculose

CHUNGE, R.N., et autres. « A Review of the Epidemiology, Public Health Importance, Treatment and Control of Head Lice », *Canadian Journal of Public Health*, vol., nº 82, 1991, p. 196-200.

CHUNGE, R.N., et autres. « A Pilot Study to Investigate Transmission of Head Lice », *Canadian Journal of Public Health*, vol., nº 82, 1991, p. 207-208.

QUÉBEC. *Une nouvelle approche en santé publique pour le contrôle de la pédiculose de tête dans les écoles et dans les services de garde à l'enfance, Protocole d'intervention*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2000.

COMITÉ DE MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION. « Les infestations par les poux de tête : une démangeaison persistante », *Pediatric Child Health*, vol. 1, nº 3, 1996, p. 244-248.

MATHIAS, R.G. et J.F. WALLACE. « The Hatching of Nits as a Predictor of Treatment Failure with Lindane and Pyrethrin Shampoos », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 81, 1990, p. 237-239.

Pharyngo-amygdalite streptococcique et scarlatine

SMITH, T.D., V. WILKINSON et E.L. KAPLAN. « Group A streptococcus associated upper respiratory tract infections in a day-care center », *Pediatrics*, vol. 83, nº 3, 1989, p. 380-384.

Pharyngo-amygdalite virale

Se référer à la bibliographie générale.

Pneumonie à pneumocoque (Infection à)

ANONYME. « Young Children at Day Care Center at most Risk for Pneumococcal Disease », *Pediatric Dental*, vol. 17, nº 3, 1995, p. 186.

HENDERSON, F.W., et autres. « Nasopharyngeal Carriage of Antibiotic-Resistant Pneumococci Children in Group Day Care », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 157, nº 2, 1988, p. 256-263.

SCHWARTZ, B., et autres. « Respiratory Infections in Day Care », *Pediatrics*, vol. 94, nº 6, 2e partie, 1994, p. 1018-1020.

TAKALA, A.K., et autres. « Risk Factors for Primary Invasive Pneumococcal Disease among Children in Finland », *JAMA*, vol. 273, nº 11, 1995, p. 859-864.

Pneumonie bactérienne

CRAIG, A., et autres. *Carriage of Multidrug-Resistant Streptococcus Pneumoniae and Impact of Chemoprophylaxis during an Outbreak of Meningitis at a Day Care Center*, Clinical Infectious Diseases, [s. l.], 1999, 29 : 1257 : 1264.

DOYLE, M.G., et autres. « Intermediate Resistance of Streptococcus Pneumoniae to Penicillin in Children in Day-Care Centers », *Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 11, nº 109, 1992, p. 831-835.

HAGIGARA, K., et autres. *An Epidemic of a Pertusis-Like Illness Caused by Chlamydia Pneumoniae*, Pediatr Infect Dis J, [s. l.], 1999 18 : 271-5.

KELLNER, J., et autres. *Streptococcus Pneumoniae Carriage in Children Attending 59 Canadian Child Care Centers*, Arch Pediatr Adolesc Med, [s. l.], 1999, 153 : 495-502.

LOUHIALA, P.J., et autres. « Form of Day Care and Respiratory Infections among Finnish Children », *American Journal Public Health*, nº 85, 1995, p. 1109-1112.

MOULIN F., et autres. *Épidémiologie de la colonisation nasopharyngée par Streptococcus pneumoniæ et Hæmophilus influenzæ dans une collectivité fermée de jeunes enfants*, Arch Pédiatr, [s. l.], 1999, 6 suppl 3 : 620-4.

NORMAN E., et autres. *Chlamydia Pneumoniae in Children Attending Day-Care Centers in Gävle*, Sweden, Pediatr Infect Dis J, [s. l.], 1998, 17 : 474-8.

RAUCH, A.M., et autres. « Invasive Disease Due to Multiply Resistant Streptococcus Pneumoniae in a Houston, Tex, Day-Care Center », *American Journal of Diseases of Children*, vol. 144, nº 8, 1990, p. 923-927.

REICHLER, M.R., et autres. « The Spread of Multiply Resistant Streptococcus Pneumoniae at a Day Care Center in Ohio », *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166 (6), p. 1346-1353.

SCHEIFELE, D., et autres. *Invasive Pneumococcal Infections in Canadian Children, 1991-1998: Implications for New Vaccination Strategies*, Clinical Infectious Diseases, 2000, 31 : 58-64.

SCHWARTZ, B., et autres. « Respiratory Infections in a Day Care », *Pediatrics*, 1994, 94 (6), p. 1018-1020.

Pneumonie virale

MCCRACKEN G. *Etiology and Treatment of Pneumonia*, Pediatr Infect Dis J, [s. l.], 2000, 19 : 373-7.

WUBBEL L., et autres. *Etiology and treatment of community-acquired pneumonia in ambulatory children*, Pediatr Infect Dis J, [s. l.], 1999, 18 : 98-104.

HEISKANEN-KOSMA T., et autres. *Etiology of Childhood Pneumonia: Serologic Results of a Prospective, Population-Based Study*, Pediatr Infect Dis J, [s. l.], 1998, 17 : 986-991.

Poliomyélite

BIRMINGHAM M., et autres. « Poliomyelitis Surveillance: the Compass for Eradication », *Journal of infectious diseases*, 1997, 175 (suppl 1) : p. 146-150.

HULL H., et autres. « Progress toward Global Polio Eradication », *Journal of Infectious Diseases*, 1997, 175 (suppl 1) : p. S 4-9.

THE ABC'S OF SAFE AND HEALTHY CHILD CARE. *Polio in the Child Care Setting*, [en ligne], 1997, [*http://www.cdc.gov/ncidod/hip/abc*].

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *On Track for World Certified Polio-Free in 2005 but Intensified Efforts Needed*, Press release WHO. 33, [s. l.], 2000.

Pneumonie virale

Se référer à la bibliographie générale.

Rage (Exposition au virus de la)

QUÉBEC. *La rage humaine, Protocole d'intervention,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1996.

QUÉBEC. *La rage humaine. Prévenir et enrayer… Situation et orientations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1996.

Rhume ou coryza

COLLET, J.P., et autres. « Daycare Attendance and Risk of First Infectious Disease », *European Journal of Pediatrics*, vol. 150, nº 3, 1991, p. 214-216.

BUCK, M. *Prevention and Treatment of Respiratory Syncytial Virus - The Search for a Cost Effective Strategy*, Pediatric Pharmacotherapy, [s. l.], 1997, 3 (10):

WANG E., et N. TANG. *Immunoglobulin for Preventing Respiratory Syncytial Virus Infection*, Cochrane Review abstracts, [s. l.] .

BAKER, K. et M. RYAN. *RSV Infection in Infants and Young Children*, Postgraduate medicine, [s. l.], 1999.

CLARK, S., M. BERESFORD et N. SHAW. *Respiratory Syncytial Virus Infection in High Risk Infants and the Potential Impact of Prophylaxis in a United Kingdom Cohort*, Arch Dis Child, [s. l.], 2000, 83:313-316.

Roséole (exanthème subit)

LANPHEAR B., et autres. « Risk Factors for Early Acquisition of Human Herpesvirus 6 and Human Herpesvirus 7 Infectious in Children », *Journal of Pediatrics Infectious Diseases*, 1998, 17:792-5.

Rotavirus (Gastro-entérite à)

BUTZ, A.M., et autres. « Prevalence of Rotavirus on High-Risk Fomites in Day-Care Facilities », *Pediatrics*, vol. 92, nº 2, 1993, p. 202-205.

DE CASTRO, L., et autres. *An Outbreak of Diarrhea Associated with Rotavirus Serotype 1 in a Day Care Nursery in Rio de Janeiro*, Brazil, Mémoires do Instituto, Oswaldo Cruz, 1994; vol. 89.

O'RYAN, M.L., et autres. « Molecular Epidemiology of Rotavirus in Children Attending Day Care Centers in Houston », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 162, nº 4, 1990, p. 810-816.

PICKERING, L.K., et autres. « Asymptomatic Excretion of Rotavirus Before and After Rotavirus Diarrhea in Children in Day Care Centers », *Journal of Pediatrics*, vol. 112, nº 3, 1988, p. 361-365.

REVES, R.R., et autres. « Child Day Care Increases the Risk of Clinic Visits for Acute Diarrhea and Diarrhea Due to Rotavirus », *American Journal of Epidemiology*, vol. 137, nº 1, 1993, p. 97-107.

STAAT, M.A., et autres. « Diarrhea in Children Newly Enrolled in Day-Care Centers in Houston », *Journal of Pediatric Infectious Diseases*, vol. 10, nº 4, 1991, p. 282-286.

WILDE, J., et autres. « Detection of Rotaviruses in the Day Care Environment by Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 166, nº 3, 1992, p. 507-511.

Rougeole

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNISATION PRACTICES (ACIP). *Measles, Mumps and Rubella. Vaccine Use and Strategies for Elimination of Measles, Rubella and Congenital Rubella Syndrome and Control of Mumps: Recommendations of the Advisory Committee on Immunisation Practices*, 1998, MMWR 47 (RR-8); 1-57.

QUÉBEC. *La rougeole, Protocole d'intervention*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1997.

LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE. *Surveillance de la rougeole: lignes directrices pour le soutien des laboratoires,* RMTC 1999; 25(24):201-216.

THE ABC'S OF SAFE AND HEALTHY CHILD CARE. *Measles in the Child care setting,* [En ligne], 1997, [*http://www.cdc.gov/ncidod/hip/abc*].

Rubéole

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNISATION PRACTICES (ACIP). *Measles, Mumps and Rubella. Vaccine Use and Strategies for Elimination of Measles, Rubella and Congenital Rubella Syndrome and Control of Mumps: Recommendations of the Advisory Committee on Immunisation Practices*, 1998, MMWR 47 (RR-8); 1-57.

QUÉBEC. *La rubéole, Protocole d'intervention*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1998.

Salmonellose (incluant la thyphoïde)

Se référer à la bibliographie générale.

Shigellose

HOFFMAN, R.E. et P.J. SHILLAM. « The Use of Hygiene, Cohorting, and Antimicrobial Therapy to Control an Outbreak of Shigellosis », *American Journal Diseases of Children*, vol. 144, nº 2, 1990, p. 219-221.

MOHLE-BOETANI, J.C., et autres. « Community-Wide Shigellosis: Control of an Outbreak and Risk Factors in Child Day-Care Centers », *American Journal of Public Health*, vol. 85, 1995, p. 812-816.

Streptocoque ß -hémolytique du groupe A (Infection envahissante à)

CIMOLAI, N., et autres. « Invasive Streptocuccus Pyogenes Infections in Children », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 83, nº 3, 1992, p. 230-233.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Situation, orientations, recommandations. Infections envahissantes à Streptococcus pyogenes (streptocoque ß hémolytique du groupe A)*, Québec, ministère de la Santé de et des Services sociaux, 1996.

DOCTOR, A., M.B. HARPER et G.R. FLEISHER. « Group A-Hemolytic Streptococcal Bacteremia: Historical Overview, Changing Incidence, and Recent Association with Varicella », *Pediatrics*, vol. 96, nº 3, 1re partie, 1995, p. 428-433.

ENGELGAU, M.M., et autres. « Invasive Group A Streptococcus Carriage in a Child Care Center after a Fatal Case », *Archives of Diseases in Childhood*, vol. 71, nº 4, 1994, p. 318-322.

ERIKSSON, B.K.G., et autres. « Epidemiological and Clinical Aspects of Invasive Group A Streptococcal Infections and the Streptococcal Toxic Shock Syndrome », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 27, 1998, p. 1428-1436.

HUSAIN, E., et autres. « Infection invasive à streptocoque du groupe A chez un frère et une sœur : cas plaidant en faveur de la prophylaxie antibiotique chez les contacts étroits », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 27, nº 17, 2001, p. 141-145.

LAUPLAND, KEVIN B., et autres. « Invasive Group A Streptococcal Disease in Children and Association with Varicella-Zoster Virus Infection », *Pediatrics*, vol. 105, nº 5, [s. l.], 2000.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO. *Draft Guidelines for Management of Contacts of Cases of Invasive Group A Streptococcal Disease Including Toxic Shock-Like Syndrome and Necrotizing Fascitis*, Disease Control Service, Public Health Branch, 1995.

NOVOTNY, W., H. FADEN et L. MOSOWICH. « Emergence of Invasive Group A Streptococcal Disease among Young Children », *Clinical Pediatrics*, vol. 31, nº 10, 1992, p. 596-601.

ONTARIO GROUP A STREPTOCOCCAL STUDY. *Recommendations for Investigation/ Chemoprophylaxis Related to Invasive Group A Streptococci (GAS) Cases, Including STSS and Necrotizing Fascitis*, 1995.

SCHWARTZ, B., et autres. « Clusters of Invasive Group A Streptococcal Infections in Family, Hospital and Nursing Home Settings », *Clinical of Infections Diseases*, vol. 15, nº 2, 1992, p. 277-284.

STEVENS, D.L. « Invasive Group A Streptococcal Infections: the Past, Present and Future », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 13, nº 6, 1994, p. 561-566.

THE STREPTOCOCCAL STUDY GROUP, *Protocol for the Management of Group A Streptococcal Toxi-Shock Syndrome*, Departments of Infectious Diseases and Microbiology, Mount Sinai Hospital, University of Toronto, Ontario, 1995.

Tétanos

Se référer à la bibliographie générale.

Tinea Capitis

GINSBURG, C.M. « Tinea Capitis », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 10, nº 1, 1991, p. 48-49.

Tinea corporis

Se référer à la bibliographie générale.

Tinea pedis

RASMUSSEN, J.E. « Cutaneous Fungus Infections in Children », *Pediatric Reviews*, vol. 13, nº 4, 1992, p. 152-156.

Toxcarose

EBERHARD ML, et E. ALFANO. « Adult Toxocara Cati Infections in U.S. Children: Report of Four Cases », *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1998, 59:404-406.

GYORKOS, T.W., et autres. « Parasite Contamination of Sand and Soil from Day-Care Sandboxes and Play Areas », *Canadian Journal of Infectious Diseases*, vol. 5, 1994, p. 17-20.

GYORKOS, T.W. *La toxocariase (LMV) au Canada*, Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, [s. l.], 1978, vol. 49, nº 4, p. 193-194.

TIZARD, I. et T.W. GYORKOS. *Rapport complémentaire sur la toxocariase au Canada*, Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, [s. l.], 1978, vol. 6, nº 5, p. 22-23.

Tuberculose

BURROUGHS, M., et autres. « Clinical Presentation of Tuberculosis in Culture-Positive Children », *The pediatric infectious disease journal*, vol. 18, nº 5, 1999, p. 440-446.

BARNES, P.F. et S. BARROWS. *Tuberculosis in the 1990s,* American College of Physicians, [s. l.], 1993, p. 400-410.

CHUEN, S.M. et R.H. HYLAND. « Dealing with Tuberculosis in the 1990s », *Canadian Journal of Diagnosis*, vol. 9, nº 1, 1992, p. 29-44.

CHITTOCK, D.R. et D.G. MCCONOMACK. « Interpreting the Tuberculin Skin Test », *Canadian Journal of Diagnosis*, vol. 10, nº 7, 1993, p. 31-43.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Prévenir et enrayer la tuberculose. Situation et recommandations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 169 p.

STARKE, J.R. « Diagnosis of Tuberculosis in Children », *The pediatric infectious disease journal*, vol. 19, nº 11, 2000, p. 1095-1096.

LAFLAMME, P.J. et M. LAVERGNE. « La tuberculose en 1993 », *Le Clinicien*, vol. 3, nº 7, p. 71-74 (1re partie) et vol. 8, nº 8, p. 105-115 (2e partie), 1993.

LEGGIADRO, R.J., et autres. « An Outbreak of Tuberculosis Family Day Care Home », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 8, nº 1, 1989, p. 52-54.

MUNOZ, O. et F.S. SANTOS. *Tuberculosis and Other Mycrobacterial Infections*, dans R.E. Rakel (Ed.), Conn's current therapy, Philadelphie: W.B. Saunders Cie, 1992, p. 194-198.

Varicelle

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES (ACIP). *Prevention of Varicella Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*, MMWR, vol. 48, RR06, 1999, p. 1-5.

ESTRADA, B. « What's New in Varicella Vaccine ? », *Infections in Medicine*, vol. 17, nº 3, 2000.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Comité sur l'immunisation du Québec. *Rapport sur l'utilisation d'un vaccin contre la varicelle au Québec, Version de consultation*, 2000, 66 p.

JONES, S.E., et autres. « Varicella Prevalence in Day-Care Centers », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 14, nº 5, 1995, p. 404-405.

LAUPLAND, K.B., et autres. « Invasive Group A Streptococcal Disease in Children and Association with Varicella-Zoster Virus Infection », *Pediatrics*, vol. 105, nº 5, 2000.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. Comité des maladies infectieuses et d'immunisation. *Les politiques d'exclusion des garderies et des écoles en cas de varicelle : Une démarche rationnelle*, Pediatrics and Child Health, [s. l.], 1999, vol. 4, nº 4, p. 290-292.

Verrues

Se référer à la bibliographie générale.

Vers instestinaux (Infestation par des)

Se référer à la bibliographie générale.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (Infection au)

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Pediatric AIDS and Committee on Infectious Diseases. *Issues Related to Human Immunodeficiency Virus Transmission in Schools, Child Care, Medical Settings, the Home, and Community*, Pediatrics, [s. l.], 1999, vol. 104, nº 2, p. 318-324.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. « Health Guidelines for the Attendance in Day-Care and Foster Care Settings of Children Infected with HIV », *Pediatrics*, 1987, 79 (3):p. 466-471.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE. *Les maladies transmissibles par le sang et les services de garde à l'enfance*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie et Regroupement des garderies sans but lucratif de la Montérégie, publié en collaboration avec l'Office des services de garde à l'enfance, 1995.

GROSS, E.J. et M. HERNANDEZ LARKIN. *The Child with HIV in Day Care and School*, Nursing Clinics of North America., [s. l.], 1996, 31(1):p. 231-241.

LAMBERT, D., et autres. *Avis de santé publique sur le contrôle des maladies transmissibles par le sang, dans le contexte d'un service de garde à l'enfance*, Direction générale de la santé publique et Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1994.

SANTÉ Canada. Groupe d'experts du Laboratoire de lutte contre la maladie, *Lignes directrices canadiennes pour les MTS*, Ottawa, Santé Canada, Direction générale de la protection de la santé, 1998, 277 p.

VENNE, S., P. ROBILLARD et É. ROY. *Annexe au document: Avis de santé publique sur le contrôle des maladies transmissibles par le sang, dans le contexte d'un service de garde à l'enfance. Section travailleurs*, Montréal. Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1997, 21 p.

Yersiniose

VAN OSSEL C. et G. WAUTERS. « Asymptomatic Yersinia Enterocolitica Infections During an Outbreak in a Day-Nursery », *European Journal of Clinical and Microbiology Infectious Diseases*, vol. 9, nº 2, 1990, p. 148.

Chapitre 5

Conditions particulières associés aux centres de la petite enfance

La femme enceinte

ADLER, S.P. « Cytomegalovirus Transmission among Children in Day Care, their Mothers and Caretakers », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 7, nº 4, 1988, p. 279-285.

ADLER, S.P. « Molecular Epidemiology of Cytomegalovirus: Viral Transmission among Children Attending a Day Care Center, their Parents, and Caretakers », *Journal of Pediatrics*, vol. 112, nº 3, 1988, p. 366-372.

ADLER, S.P. « Cytomegalovirus and Child Day Care. Evidence for an Increased Infection Rate Among Day-Care Workers », *New England Journal of Medicine*, vol. 321, nº 19, 1989, p. 1290-1296.

ADLER, S.P. « Cytomegalovirus and Pregnancy », *Current Opinion in Obstretrics and Gynecology*, vol. 4, nº 5, 1992, p. 670-675.

ADLER, S.P. « Cytomegalovirus and Child Day Care: Risk Factors for Maternal Infection », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 10, nº 8, 1991, p. 590-594.

ADLER, S.P. « Cytomegalovirus Transmission and Child Day Care », *Advances in Pediatric Infectious Diseases*, nº 7, 1992, p. 109-122.

ADLER, S.P., et autres. « Prevention of Child-to-Mother Transmission of Cytomegalovirus by Changing Behaviors - A Randomized Controlled Trial », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 15, nº 3, 1996, p. 240-246.

CARTER, M.L., et autres. « Occupational Risk Factors for Infection with Parvovirus B19 among Pregnant Women », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 163, nº 2, 1991, p. 282-285.

GILLESPIE, S.M., et autres. « Occupational Risk of Human Parvovirus B19 Infection for School and Day-Care Personnel During an Outbreak of Erythema Infectiosum », *JAMA*, vol. 263, nº 15, 1990, p. 2061-2065.

INFECTIOUS DISEASES AND IMMUNIZATION COMMITTEE, CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY. « Cytomegalovirus Infection in Day-Care Centres: Risks to Pregnant Women », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 142, nº 6, 1990, p. 547-549.

MURPH, J.R., et autres. « The Occupational Risk of Cytomegalovirus Infection among Day-Care Providers », *JAMA*, vol. 265, nº 5, 1991, p. 603-608.

MURPH, J.R. « Day Care Associated Cytomegalovirus: Risk for Working Women », *Journal of the American Medicine Woman's Association*, vol. 48, nº 3, 1993, p. 79-82.

NOËL, G.J. et G.W. GARY Jr. « Human Parvovirus B19 Infection in a Day Care Worker », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 7, nº 12, 1988, p. 880.

PASS, R.F., et autres. « Increased Rate of Cytomegalovirus Infection among Day Care Center Workers », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 9, nº 7, 1990, p. 465-470.

PASS, R.F. « Day-Care Centers and the Spread of Cytomegalovirus and Parvovirus B19 », *Pediatric Annals*, vol. 20, nº 8, 1991, p. 419-426.

TOOKEY, P. et C.S. PECKHAM. « Does Cytomegalovirus Present an Occupational Risk ? », *Archives of Diseaes in Childhood*, vol. 66, nº 9, 1991, p. 1009-1010.

Les animaux

COMITÉ PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES EN SERVICE DE GARDE. *Avis sur la présence d'animaux en services de garde*, Direction générale de la prévention et des services communautaires, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992.

WILLEY, J.F. « Mammalian Bites. Review of Evaluation and Management », *Clinical Pediatrics*, vol. 29, nº 5, 1990, p. 283-287.

L'enfant agressif ou qui mord

BAKER, M.D. et S.E. MOORE. « Human Bites in Children. A Six-Year Experience », *American Journal Diseases in Childhood*, nº 141, 1987, p. 1285-1290.

CANCIO-BELLO, T.P., et autres. « An Institutional Outbreak of Hepatitis B Related to Human Biting Carrier », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 146, nº 5, 1982, p. 652-656.

CLSC DES CÔTEAUX ET DSC DE L'HÔPITAL DE CHICOUTIMI. *Quand il faut plus que de la tendresse... regroupement d'instruments pédagogiques en milieu de garde*, Chicoutimi, CLSC des Côteaux, 1993.

ESSA, E. *À nous de jouer, guide pratique pour la solution des problèmes comportementaux des enfants d'âge préscolaire*, Québec, Les Publications du Québec, (traduction de la publication de Beauceville, Interglobe inc., collection Ressources et petite enfance), 1991, 371 p.

GARRARD, J., N. LELAND et D.K. SMITH. « Epidemiology of Human Bites to Children in a Day-Care Center », *American Journal Diseases in Childhood*, vol. 142, nº 6, 1988, p. 643-650.

HAMILTON, J.D., B. LARKE et A. QIZILBASH. « Transmission of Hepatitis B by Human Bite: an Occupational Hazard », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 115, nº 5, 1976, p. 439-440.

LAMBERT D., et autres. *Avis de santé publique sur le contrôle des maladies transmissibles par le sang, dans le contexte d'un service de garde à l'enfance*, Direction de la santé publique et Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994, 92 p.

MacQuarrie, M.B., B. Forghani et D.A. Wolochow. « Hepatitis B Transmitted by a Human Bite », *JAMA*, vol. 230, nº 5, 1974, p. 723-724.

Shapiro, C.N., et autres. « Hepatitis Virus Transmission between Children in Day Care », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 8, nº 12, 1989, p. 870-875.

Société canadienne de pédiatrie. Comité des maladies infectieuses et d'immunisation. « Une morsure dans la salle de jeu : La prise en charge des morsures humaines en garderie », *Pediatrics and Child Health,* vol. 3, nº 5, 1998, p. 355-357.

Solomons, H.C. et R. Elardo. « Biting in Day Care Centers: Incidence, Prevention and Intervention », *Journal Pediatric Health Care*, vol. 5, nº 4, 1991, p. 191-196.

Stornello C. « Transmission of Hepatitis B via Human Bite », *Lancet*, vol. 338, nº 8773, 1991, p. 1024-1025.

Les enfants immunosupprimés

Se référer à la bibliographie générale.

Les enfants souffrant de maladie cardiaque ou pulmonaire

Se référer à la bibliographie générale.

La fièvre

Déry P., et S. Trottier. *Notes de cours. Microbiologie-infectiologie 1. (MCB-17100)*, Université Laval, 1995.

Québec. *Protocole pour l'administration d'acétaminophène*, Montréal, Office des services de garde à l'enfance, 1992.

Le pica

Se référer à la bibliographie générale.

Vaccination (dossier de)

Se référer à la bibliographie générale.

Chapitre 6

Mesures d'hygiène

Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde. *La prévention des infections chez les personnes travaillant en service de garde, incluant les stagiaires*, guide à l'usage des responsables des services de garde, document de travail, 1996.

Le brossage des dents

Généreux, M., et autres. *Avis de santé publique sur le brossage des dents en service de garde,* Office des services de garde à l'enfance, Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde, Comité provincial de santé dentaire publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996.

Larose. A. *La santé des enfants… en services de garde éducatifs*, Québec, Les Publications du Québec, 2000, p. 66-69.

Les couches

BENJAMIN, L. « Clinical Correlates with Diaper Dermatitis », *Pediatrician*, vol. 14, nº 1, 1987, p. 21-26.

BERG, W. *The Effect of Diaper Type on the Potential for Fecal Contamination in Group Child Care Settings*, Procter and Gamble Inc., [s. l.], 1990.

BLACK, R., et autres. « Handwashing to Prevent Diarrhea in Day-Care Centers », *American Journal of Epidemiology*, nº 4, 1981, p. 445-451.

CAMPBELL, R., et autres. « Clinical Studies with Disposable Diapers Containing Absorbent Gelling Materials: Evaluation of Effects on Infant Skin Condition », *Journal of American Academy of Dermatology*, vol. 7, nº 6, 1987, p. 978-987.

CAMPBELL, R., et autres. « Effects of Diaper Types on Diaper Dermatitis Associated with Diarrhea and Antibiotic Use in Children in Day-Care Center », *Pediatric Dermatology*, vol. 5, nº 2, 1988, p. 83-87.

DAVIS, J., et autres. « Comparison of Disposable Diapers with Fluff Absorbent and Fluff Plus Absorbent Polymers: Effects on Skin Hydration, Skin pH, and Diaper Dermatitis », *Pediatric Dermatology*, vol. 6, nº 2, 1989, p. 102-108.

EKANEM, E., et autres. « Transmission Dynamics of Enteric Bacteria in Day-Care Centers », *American Journal of Epidemiology*, vol. 18, nº 4, 1983, p. 562-572.

LAROSE, A., *La santé des enfants… en service de garde éducatif*, Québec, Les Publications du Québec, 2000, 271 p.

GRANT, W.W., L. STREET et R.G. FEARHOW. « Diaper Rashes in Infancy », *Clinical Pediatric*, vol. 13, 1973, p. 714-716.

GUY, M., et D. LE HÉNAFF. *Avis de santé publique sur le choix d'une couche en service de garde*, Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde, [s. l.], 1992.

JOHNSON, C.M. « Disposable Plastic Diapers; A Foreign Body Hazard », *Otolaryngoly Head and Neck Surgery*, vol. 94, nº 2, 1986, p. 235-236.

JORDAN, W.A., et autres. « Diaper Dermatitis: Frequency and Severity among a General Infant Population », *Pediatric Dermatology*, vol. 3, 1986, p. 198-207.

KELLEN, E.P. « Diaper Dermatitis: Differential Diagnosis and Management », *Canadian Family Physician*, vol. 36, 1990, p. 1569-1572.

LANE, A., P.A. REHDER et K. HELM. « Evaluations of Diapers Containing Absorbent Gelling Material with Conventional Disposable Diapers in Newborn Infants », *American Journal of Disease of Children*, vol. 144, 1990, p. 315-318.

PETERSON, M.L. « Soiled Disposable Diapers: a Potential Source of Viruses », *American Journal of Public Health*, vol. 64 (A), 1974, p. 912-914.

PICKERING, L.K., et autres. « Diarrhea Caused by Shigella, Rotavirus and Giardia in Day-Care Centers: Prospective Study », *Journal of Pediatrics*, vol. 99, 1981, p. 51-56.

VAN, R., et autres. « The Effect of Diaper Type and Overclothing on Fecal Contamination in Day-Care Centers », *JAMA*, vol. 265, nº 14, 1991, p. 1840-1844.

VAN, R., et autres. « Environmental Contamination in Child Day-Care Centers », *American Journal of Epidemiology*, vol. 133, nº 5, 1991, p. 460-470.

SCHUPFER, P.C., J.R. MURPHY et J.F. BALE. « Survival of Cytomegalovirus in Paper Diapers and Saliva », *Pediatric Infectious Disease*, vol. 5, nº 6, 1986, p. 677-679.

STEIN, H. « Incidence of Diaper Rash when Using Cloth and Disposable Diapers », *Journal of Pediatrics*, vol. 98, 1982, p. 721-723.

La désinfection des objets, des surfaces et des locaux

GYORKOS, T.W., et autres. « Parasite Contamination of Sand and Soil from Day-Care Sandboxes and Play Areas », *Canadian Journal of Infectious Diseases*, vol. 5, nº 1, 1994, p. 17-20.

MCFARLAND L. et K.Y. KELSO, *Environmental Factors that Increase the Risk of Microorganism Transmission in Child-Care Centers and Interventions to Decrease that Risk*. In Child Care, Chapter 40, Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology Inc (APIC) Text of Infection Control and Epidemiology, [s. l.], 2000.

LAROSE, A. *La santé des enfants… en service de garde éducatif*, Québec, Les Publications du Québec, 2001, 271 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DU CANADA. *Les dangers cachés sur les terrains de jeux pour les jeunes enfants*, Ottawa, 1984.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. *Installation et équipement en garderie*, Ottawa, gouvernement du Canada, 1984.

SEYMOUR S. Block. *Disinfection, Sterilization and Preservation*, 5th Ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001.

SOTO, J., et A. VIBIEN. *Évaluation du rôle vecteur inanimé joué par la pâte à modeler dans la transmission des pathogènes entériques en garderie*, Hôpital St-Luc, Département de santé communautaire, Montréal, 1990.

ST. SAUVER, J., et autres. « Hygienic Practices and Acute Respiratory Illness in Family and Group Day Care Homes », *Public Health Reports*, vol. 113, 1998, p 544-551.

THOMPSON, S.C. « Infections Diarrhea in Children: Controlling Transmission in the Child Care Setting », *Journal of Pediatric Child Health*, vol. 30, 1994, p. 210-219.

WILLIAM A. Rutala. *Selection and Use of Disinfectants in Healthcare*, Chapter 77, Hospital Epidemiology and Infection Control 2nd Ed., C.Glen Mayhall, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 1999.

YOUNG F.E. *In Day Care Centers,* Cleanliness is a Must-Refer, [s. l.], FDA Consumer, 1989.

THE ABC'S OF SAFE AND HEALTHY CHILD CARE, *Cleaning and Disinfection,* [En ligne], [*http://www.cdc.gov/ncidod/hip/abc*].

Le lavage hygiénique des mains

BECK, W.C. « Handwashing, Semmelweis, and chlorine », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 9, nº 8, 1988, p. 366-367.

BLACK, R.E., et autres. « Handwashing to Prevent Diarrhea in Day-Care Centers », *American Journal of Epidemiology*, vol. 113, nº 4, 1991, p. 445-451.

BRAWLEY, R.L. « Infection Control Practices for Preventing Respiratory Syncitial Virus Infections », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 9, nº 7, 1988, p. 103-104.

BRYAN, J., J. COHRAH et E. LARSON. « Hand Washing a Ritual Revisited », *Critical Care Nursing Clinics of North America*, vol. 7, nº 4, 1995, p. 617-625.

CRAWFORD, F.G. et S.H. VERMUND. « Hepatitis A in Day-Care Centers », *Journal of School Health*, vol. 55, nº 9, 1985, p. 378-381.

CROW, S. « Waterless Agents for Decontaminating the Hands », *Infection Control*, vol. 7, nº 3, 1986, p. 186-187.

CENTER FOR DESEASE CONTROL AND PREVENTION. *What You Can Do to Stop Disease in the Child Day-Care Centers*, Department of Health and Human Services, Public health services centers for disease control, Atlanta, GA, 1984.

ENGLUND, J.A. et C. PROMEROY. « Cytomegalovirus Epidemiology and Infection Control », *American Journal of Infection Control*, vol. 5, nº 3, 1987, p. 107-119.

FAIX, R.G. « Comparative Efficacy of Handwashing Agents Against Cytomegalovirus », *Infection Control*, vol. 8, nº 4, 1987, p. 158-162.

GWALTHEY, J.M., P.B. MOSKALSKI et J.O. HEHDLEY. « Hand to Hand Transmission of Rhinovirus Colds », *Annals of Internal Medicine*, vol. 88, nº 4, 1978, p. 463-467.

JACOBSON, G., et autres. « Handwashing: Ring Wearing and Number of Microorganisms », *Nursing Research*, vol 34, nº 3, 1985, p. 186-187.

KAPLAN, L.M. et M.A. MCGUCKIN. « Increasing Handwashing Compliance with More Accessible Sinks », *Infection Control*, vol. 7, nº 8, 1986, p. 408-410.

LARSON, E. et M. CHILIEN. « Factors Influencing Handwashing Behavior of Patient Care Personnel », *American Journal of Infection Control*, vol. 10, nº 2, 1982, p. 93-99.

LARSON, E., et autres. « Physiologic and Microbilogic Changes in Skin Related to Frequent Handwashing », *Infection Control*, vol. 7 nº 2, 1986, p. 59-63.

LARSON, E. « A Causal Link between Handwashing and Risk of Infection? Examination of Evidence », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 91, nº 1, 1988, p. 28-36.

LARSON, E. « Effects of Handwashing Agent, Handwashing Frequency and Clinical Area and Hand Flora », *American Journal of Infection Control*, vol. 12, nº 2, 1984, p. 76-82.

LARSON, E. « Guidelines for Use of Tropical and Microbial Agents », *American Journal of Infection Control*, vol. 16, nº 6, 1988, p. 253-266.

LEMP, G.F., et autres. « The Relationship of Staff to the Incidence of Diarrhea in Day-Care Centers », *American Journal of Epidemiology*, vol. 120, nº 5, 1984, p. 750-758.

LUND, S., et autres. « Reality of Glove Use and Handwashing in a Community Hospital », *American Journal of Infection Control*, vol. 22, 1994, p. 352-357.

MATTHEWS, J.A. et W.B. HEWSOM. « Hot Air Electric Hand Driers Compared with Paper Towels for Potential Spread of Airbone Bacteria », *Journal of Hospital Infection*, vol. 8, 1987, p. 85-88.

MORRISON, A.J., et autres. « The Efficacy of Several New Handwashing Agents for Removing Non-Transient Bacterial Flora from Hands », *Infection Control*, vol. 7, nº 5, 1986, p. 268-272.

NEWSOM, S.W.B. « Ignaz Semmelweis Pionners in Infection Control », *Journal of Hospital Infection*, vol. 23, 1993, p. 175-187.

TAYLOR, L.J. « An Evaluation of Handwashing Techniques-I », *Nursing Times*, vol. 18, 1978, p. 108-110.

THE ABC'S OF SAFE AND HEALTHY CHILD CARE, *Handwashings*, [En ligne], [*http://www.cdc.gov/ncidod/hip/abc*].

YOUNG, F.E. In Day Care Centers, *Cleanliness is a Must–Refer*, FDA Consumer, [s.l.] 1989.

La technique du mouchage

Se référer à la bibliographie générale.

L'hygiène des aliments

QUÉBEC. *Préparation des repas dans les garderies*, Québec, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, 2000.

QUÉBEC . *Nettoyage et désinfection dans les établissements alimentaires*, Québec, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, 1994.

QUÉBEC . *Guide pour la manipulation des aliments*, Québec, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, 1998.

QUÉBEC . *État de Santé des manipulateurs d'aliments*, Québec, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, 2000.

Index alphabétique des maladies

A

Adénovirus 49, 75, 107, 216, 268, 282, 290
Amibiase 35, 36, 37, 38, 39, 40
Ankylostomiase 41, 42, 43, 44, 386
Ascaridiase 45, 46, 47, 48, 386

B

Bordetella pertussis 80
Bronchiolite 50, 51, 52, 53

C

C. psittaci 63, 64, 65, 66, 67, 68
Campylobacter jejuni 54
Campylobactériose 54, 55, 56, 57, 58, 59
Candidose 60, 61, 62
Chlamydia trachomatis 75, 76
Cinquième maladie 120, 121, 122, 123, 295, 401
Clostridium difficile 70, 71, 72, 73, 74, 107, 109
Colite pseudo-membraneuse 70, 71
Condylomes acuminés 383
Conjonctivite 24, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 75, 76, 77, 78, 79, 90, 193, 195, 268, 302, 310
Coqueluche 24, 28, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 414
Coronavirus 290
Corynebacterium diphtheriæ 112
Coryza 247, 268, 290, 291, 292, 310
Coxsackie 26, 90, 91, 92, 93, 222
Cryptosporidiose 24, 94, 95, 96, 97, 98
Cryptosporidium 94, 95, 96, 98, 107, 109
Cytomégalovirus 99, 100, 101, 102

D

Dermatite de couches 60, 103, 104, 105
Diarrhée 39, 58, 59, 72, 73, 74, 97, 98, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 129, 130, 131, 213, 214, 300, 301, 305, 321, 322, 328, 329, 397, 398
Diarrhée épidémique 72, 106, 107, 108, 109
Diphtérie 28, 112, 113, 114, 115, 116, 414
Diphyllobothrium SPP (ref. vers intestinaux) 386

E

Échovirus 26, 117, 118, 119, 222
Entérobiase 248, 249, 250, 251, 252
Enterobius vermicularis 248, 386
Entérovirus 26, 75, 118, 222, 223, 268, 290
Épiglottite 154, 155, 156, 159, 161, 217
Epstein-Barr (virus d') 228, 229, 268
Érythème infectieux 24, 120, 121, 122, 123, 295
Escherichia coli 107, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130

F

Fièvre typhoïde 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323
Folliculite 132, 133, 134
Furoncle 132, 134

G

Gale 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142

Gastro-entérite 58, 70, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 297, 300, 317, 318, 415
à Campylobacter 54, 55, 56, 57, 58, 59, 107
à *Clostridium difficile* 70, 71, 72, 107, 109
à *E. coli* 126, 130, 131
à rotavirus 297, 300, 301
Giardiase 24, 29, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150
Glomérulonéphrite aiguë 201, 263, 265
Gonorrhée 151, 152, 153
Grippe 28, 32, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 219, 246

H

Hæmophilus influenzæ de type b 28, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163
Hépatite A 26, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 182
Hépatite B 26, 165, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 188, 189, 190, 392, 405, 406, 414
Hépatite C 186, 187, 188, 406
Hépatite D 189, 190
Hépatite E 191, 192
Herpangine 90
Herpès 26, 75, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 222

I

Impétigo 24, 199, 200, 201, 202, 203, 262
Influenza 204, 205, 206, 207, 208, 209, 216, 217, 268, 269, 282, 290
Intoxication alimentaire 56, 108, 127, 166, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 265, 319, 326, 396

L

Laryngite 24, 204, 216, 217, 218, 290
Listeriose envahissante 219, 220, 221

M

Méningite virale 222, 223, 224, 225
Méningococcémie 232
Molluscum contagiosum 226, 227, 384, 385
Moniliase buccale 60, 61, 62
Mononucléose 99, 222, 228, 229, 230, 231
Muguet 60, 61, 62
Mycobacterium tuberculosis 362
Mycoplasma pneumoniæ 63, 277, 278, 279

N

Neisseria gonorrhœæ 75, 76, 151, 153
Neisseria meningitidis 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239

O

Oreillons 24, 28, 168, 175, 222, 240, 241, 242, 243, 244, 305, 307, 314, 399, 414
Otite moyenne aiguë 245, 246, 290
Oxyurose (entérobiase) 248, 249, 250, 251, 252, 386

P

Paramyxovirus 240, 302
Parotidite (voir oreillons) 240
Parvovirus 120, 121, 399, 401
Pediculus humanus capitis 253
Pharyngo-amygdalite streptococcique 262, 263, 264, 265, 266, 267
Pharyngo-amygdalite virale 268, 269, 270, 271
Pica 17, 413
Pied-main-bouche (syndrome) 24
Pneumocoque (infection à) 246, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 281, 414
Pneumonie 24, 45, 52, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 80, 154, 159, 161, 216, 237, 238, 268, 272, 274, 276, 277, 278, 279, 281, 282, 283, 290, 305, 330, 333, 334, 336, 339, 390

Pneumonie bactérienne 68, 204, 277, 278, 279, 280, 281
Pneumonie virale 204, 282, 283, 284
Poliomyélite 28, 117, 222, 285, 286
Poxvirus 226
Pseudomonas æruginosa 132

R

Rage 287, 288, 289
Rhinovirus 32, 49, 290
Rhumatisme articulaire aigu 263, 266
Rhume 20, 24, 117, 123, 247, 277, 290, 291, 292
Roséole 293, 294, 295, 296
Rotavirus 25, 26, 32, 107, 109, 297, 298, 299, 300, 301
Rougeole 24, 28, 75, 168, 175, 222, 241, 243, 282, 295, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 314, 399, 400, 401, 414
Rubéole 24, 28, 168, 175, 241, 243, 295, 305, 307, 310, 311, 312, 313, 314, 316, 399, 400, 401, 414

S

Salmonella typhi, S. paratyphi 317, 318, 319, 320, 323
Salmonellose 24, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 403
Sarcoptes scabiei 135
Scarlatine 199, 262, 263, 264, 265, 266, 267
Shigella 107, 324, 325
Shigellose 24, 32, 324, 325, 326, 327, 328, 329
Sida 52, 175, 377, 379, 390
Staphylococcus aureus 132, 133, 134, 199, 200, 216, 262, 277
Stomatite vésiculeuse 90
Streptococcus 75, 199, 200, 216, 245, 262, 265, 272, 275, 277, 278, 370
Syndrome hémolytique urémique 131

T

Tænia saginata (réf. vers intestinaux) 386
Tænia solium (réf. vers intestinaux) 386
Teigne 343, 346, 347, 348
Tétanos 28, 340, 341, 342, 414
Tinea capitis 343, 344, 345, 346, 347, 348
Tinea corporis 349, 350, 351, 352, 353, 354
Tinea pedis 355, 356, 357
Toxocarose 358, 359, 360, 361, 403, 413
Trichuris trichiura (réf. vers intestinaux) 386, 387, 388
Tuberculose 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369

V

Varicelle 24, 28, 168, 175, 222, 265, 267, 282, 330, 331, 332, 333, 335, 336, 338, 339, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 399, 401, 408, 409, 414
Verrue 383, 384, 385
Vers intestinaux 386, 387, 388
VIH (virus de l'immunodéficience humaine) 175, 188, 365, 390, 391, 392, 393, 406, 408
VRS (virus respiratoire syncytial) 49, 50, 51, 282

Y

Yersiniose 24, 394, 395, 396, 397, 398

Z

Zona (varicelle-Zoster) 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382

Achevé d'imprimer en mars 2002
sur les presses de l'imprimerie Le Laurentien inc.
à Saint-Augustin de Desmaures (Québec)

Élizabeth Bisson

Pierre Déry

Marie-Patricia Gagné

Louise T. Paquin

Ramona Rodrigues

Diane Lambert

Suzette Rousseau

Valérie Lamarre

Alejandra Irace Cima

Theresa Gyorkos

Julio Soto

Prévention et contrôle des infections
dans les centres de la petite enfance

Ce guide d'intervention s'adresse aux professionnels de la santé. Il peut présenter aussi un intérêt pour le personnel des centres de la petite enfance. Il propose des lignes de conduite générales concernant la prévention et le contrôle des maladies infectieuses. On y trouve une information très détaillée sur chacune de ces maladies.

Cette nouvelle édition aborde également les problèmes liés à des situations particulières : l'enfant mordeur, les animaux en garderie, la fièvre, la femme enceinte et bien d'autres. Elle traite également des mesures d'hygiène, de la désinfection des surfaces et des locaux, ainsi que de l'hygiène des aliments.

Tous les auteurs sont des professionnels reconnus dans le réseau de la santé et dans les centres de la petite enfance. Plusieurs travaillent depuis de nombreuses années au sein des directions de santé publique et sont membres-conseil à la Direction de la protection de la santé publique au ministère de la Santé et des Services sociaux et au ministère de la Famille et de l'Enfance.

ISBN 2-551-19565-9

Imprimé au Québec, Canada

36,95 $

Santé et Services sociaux
Québec